



FACULTAT  
D'EDUCACIÓ, TRADUCCIÓ,  
ESPORTS I PSICOLOGIA

UVIC | UVIC-UCC

# PROPOSTA D'UN TALLER DE PREVENCIÓ DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA PER L'ALUMNAT DE 3R D'ESO DE L'INSTITUT QUERCUS DE SANT JOAN DE VILATORRADA

Bruna Roca Bonet

Treball Final de Màster

Tutora: Clara Teixidor Batlle

Màster en Formació del Professorat d'ESO i Batxillerat d'Educació Física

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Vic, 3 de juny de 2022

## Resum

L'objectiu d'aquest treball va ser elaborar una proposta de taller per a la prevenció dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) destinat a l'alumnat de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada. Paral·lelament, estudiar la prevalença de risc de patir un TCA i la percepció de la imatge corporal en la mostra estudiada.

Seixanta-tres estudiants (24 nois i 39 noies;  $M_{\text{edat nois}} = 14.5$ ;  $M_{\text{edat noies}} = 14.44$ ) de 3r d'ESO de l'Institut Quercus van completar un formulari online autoadministrat que es dividia en 3 subapartats: en el primer, es preguntava sobre dades sociodemogràfiques (edat, gènere, pes i alçada), i en el segon i el tercer es preguntava sobre aspectes relacionats amb l'alimentació i l'aparença física, a través de l'Eating Attitudes Test (EAT-26) i el Body Shape Questionnaire (BSQ), respectivament.

Els resultats van indicar com un 14.29% del total d'adolescents estaven en risc de desenvolupar un TCA, amb una prevalença major en el gènere femení (20.51% vs 4.17%); així com una insatisfacció amb la imatge corporal major en les noies, respecte als nois (96.87 punts vs 52.83 punts).

Aquests resultats suggereixen que seria convenient fer intervencions de prevenció primària en la població adolescent dels Instituts, especialment en el col·lectiu de major risc, les noies, amb l'objectiu de millorar l'autoestima i l'autopercepció corporal, així com fomentar una perspectiva crítica davant les xarxes socials i el sistema social i cultural.

**Paraules clau:** adolescents, trastorns de la conducta alimentària, prevalença, factors de risc, imatge corporal.

## **Abstract**

The aim of this study was to elaborate a workshop proposal to prevent and avoid eating disorders (ED) aimed at 3rd grade ESO students of the Quercus Institute of Sant Joan de Vilatorrada. At the same time, studying the prevalence of risk of suffering an ED and the perception of body image in the sample studied.

Sixty-three students (24 boys and 39 girls; Mean<sub>boys</sub> = 14.5; Mean<sub>girls</sub> = 14.44) of 3rd ESO of the Quercus Institute completed a self-administered online form divided into 3 subsections: the first ones were asked about socio-demographic data (age, gender, weight and height), and the second and third ones were asked about aspects related to diet and physical appearance, using the Eating Attitudes Test (EAT-26) and the Body Shape Questionnaire (BSQ), respectively.

The results showed that 14.29% of all adolescents were at risk of developing an ED, with a higher prevalence in the female gender (20.51% vs. 4.17%); as well as a higher dissatisfaction with body image in girls compared to boys (96.87 points vs. 52.83 points).

These results suggest that it would be advisable to carry out primary prevention interventions in the adolescent population of high schools, especially in the most at-risk group, girls, with the aim of improving self-esteem and body self-perception, as well as fostering a critical perspective towards social networks and the social and cultural system.

**Key Words:** adolescents, eating disorders, prevalence, risk factors, body image.

# Índex

Introducció.....	1
1. Marc teòric .....	2
1.1. La Imatge Corporal: què és i com es construeix .....	2
1.2. Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), un problema de salut creixent 4	
1.3. Epidemiologia dels TCA .....	9
1.4. Etiologia dels TCA .....	10
1.5. Prevenció dels TCA.....	14
1.6. Programes de prevenció primària previs.....	16
2. Justificació, Objectius i Hipòtesi .....	21
2.1. Justificació .....	21
2.2. Objectius.....	21
2.3. Hipòtesi.....	22
3. Mètodes .....	23
3.1. Mostra.....	23
3.2. Instruments .....	23
3.3. Disseny i procediment .....	24
3.4. Anàlisi de les dades.....	25
4. Resultats .....	26
5. Proposta de taller .....	36
6. Discussió .....	38
7. Conclusions.....	42
8. Referències Bibliogràfiques .....	46
Annexos .....	50

## Índex de taules:

<b>Taula 1.</b> Criteris diagnòstics dels TCA més freqüents a l'adolescència. Adaptada de l'APA, 2013, a <i>Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5</i> , 189-197. ....	7
<b>Taula 2.</b> Simptomatologia dels TCA. Adaptada de Gaete i López, 2020, a <i>Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes</i> , 91(5), 788-789. ....	8
<b>Taula 3.</b> Síntomes psicològics dels TCA. Adaptada de Lechuga i Gámiz, 2005, a <i>Tratamiento psicológico de los TCA: aproximación cognitivo-conductual</i> , 2, 144-145. ....	9
<b>Taula 4.</b> Valor de la mostra, la mitjana i la desviació estàndard en l'EAT-26. Elaboració pròpia. ....	26
<b>Taula 5.</b> Mitjanes i desviacions estàndard dels factors de l'EAT-26. Elaboració pròpia. ....	28
<b>Taula 6.</b> Anàlisi de les preguntes de l'EAT-26. Elaboració pròpia. ....	29
<b>Taula 7.</b> Valor de la mostra, la mitjana i la desviació estàndard en el BSQ. Elaboració pròpia. ....	30
<b>Taula 8.</b> Mitjanes i desviacions estàndard dels factors del BSQ. Elaboració pròpia. ....	32
<b>Taula 9.</b> Anàlisi de les preguntes del BSQ. Elaboració pròpia. ....	34
<b>Taula 10.</b> Percentil de l'IMC dels casos amb risc de TCA. Elaboració pròpia. ....	34
<b>Taula 11.</b> Puntuació del BSQ ens els casos de EAT-26 $\geq$ 20. Elaboració pròpia. ....	35
<b>Taula 12.</b> Puntuació dels BSQ en els casos de EAT<20. Elaboració pròpia. ....	35
<b>Taula 13.</b> Estructura taller per a l'alumnat de 3r d'ESO del Quercus. Elaboració pròpia. ....	36
<b>Taula 14.</b> Primera sessió del taller. Elaboració pròpia. ....	37
<b>Taula 15.</b> Segona sessió del taller. Elaboració pròpia. ....	37
<b>Taula 16.</b> Estructura de les sessions del projecte ZARIMA. Adaptada de Ruiz, 1999, a <i>la Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria</i> , 61. ....	50
<b>Taula 17.</b> Estructura de les sessions del projecte MABIC. Adaptada de López-Guimerà et al., 2011, a <i>Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls</i> , 14(1), 296. ....	1
<b>Taula 18.</b> Qüestionari EAT-26. Adaptada de Gandarillas et al., 2003, a <i>Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid</i> , 97-98. ....	2
<b>Taula 19.</b> Qüestionari BSQ. Adaptada de Raich et al., 1996, a <i>Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal</i> , 7(1), 65. ....	4

## Índex de figures:

<b>Figura 1.</b> Relació IMC segons el percentil en adolescents. Elaboració pròpia. ....	25
<b>Figura 2.</b> Puntuacions generals de l'EAT-26. Elaboració pròpia. ....	26
<b>Figura 3.</b> Puntuacions de les noies en l'EAT-26. Elaboració pròpia.....	27
<b>Figura 4.</b> Puntuacions dels nois en l'EAT-26. Elaboració pròpia.....	27
<b>Figura 5.</b> Puntuacions generals del BSQ. Elaboració pròpia. ....	30
<b>Figura 6.</b> Puntuacions de les noies en el BSQ. Elaboració pròpia.....	31
<b>Figura 7.</b> Puntuacions dels nois en el BSQ. Elaboració pròpia.....	31

## **Introducció**

El motiu de la temàtica escollida és el gran augment de TCA que hi ha en la població estudiant (Losada i Bidau, 2017). Durant les pràctiques a l'Institut Quercus (Sant Joan de Vilatorrada), la coordinadora pedagògica i una professora d'educació física em comentaven que des de la pandèmia havien notat un augment exponencial de casos de trastorns mentals, tals com TCA, Trastorn Obsessiu-Compulsiu, depressió, ansietat, etc. Els TCA s'han fet especialment evidents quan, per la pandèmia, en fer esmorzar l'alumnat a dins l'aula, els docents observaven conductes de risc en molts d'ells i elles (la més evident, dificultat per menjar-se l'esmorzar) i els docents sentien que no tenien massa recursos ni coneixements per fer-hi front.

Davant d'això, vaig pensar que seria interessant conèixer els factors de risc per desenvolupar un TCA entre l'alumnat del centre, per tal de conèixer la realitat més propera i poder-ho treballar des de l'institut.

Així, en aquest treball, analitzo els factors de risc dels alumnes de 3r d'ESO de l'Institut Quercus i proposo un taller per dur a terme amb aquests, enfocat a treballar els factors de risc més prevalents. D'aquesta manera, per una banda, poso de manifest la problemàtica actual amb relació als TCA d'aquest alumnat i la necessitat d'actuar i, per altra banda, elaboro eines que poden servir tant al professorat del centre, com a mi mateixa en un futur, per tal d'actuar i ajudar a prevenir un problema de salut molt greu i cada cop més predominant en la població adolescent (De Los Santos, 2018).

# 1. Marc teòric

## 1.1. La Imatge Corporal: què és i com es construeix

Segons Bouzas et al. (2021), la imatge corporal és la representació que té la ment del propi cos, tant pel que fa a la percepció com als sentiments i accions que s'associen a aquesta percepció. Botella et al. (2008), citats a Brea (2019), afegixen que aquesta està íntimament connectada a com el cos és percebut pels altres. Raich (2000), autora referent en matèria relacionada amb la imatge corporal, proposa la següent definició:

Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (p.25).

Quiles (2002) planteja que la imatge corporal està formada per tres components: el component perceptiu, que és la precisió amb la qual es percep cada segment corporal i la totalitat del cos (aquest es pot sobreestimar, subestimar o percebre correctament); el component cognitiu-afectiu o subjectiu, el qual correspon a les actituds, valoracions, pensaments i emocions que genera el propi cos; i el component conductual, que són les conductes resultants de l'autopercepció del cos i els sentiments que s'hi associen.

Salaberria et al. (2007), citats a Vilà (2019), posen èmfasi en la distinció entre aspecte físic i imatge corporal, puix que persones amb una aparença física allunyada dels cànons de bellesa poden sentir-se bé amb la seva imatge corporal i, al contrari, persones socialment considerades belles, poden no sentir-se així.

Per tant, recollint les aportacions dels diferents autors, podríem definir la imatge corporal com un constructe psicològic que fa referència, per una banda, a l'autopercepció del propi cos i a la seva aparença i, per altra banda, als pensaments, emocions, actituds, valors i judicis associats sobre el nostre cos. Garner i Garfinkel (1981), citats a Ochoa (2009), assenyalen que les alteracions de la imatge corporal inclouen dos aspectes: la distorsió perceptiva de la talla que comporta una sobreestimació de parts del cos i l'alteració cognitiu-afectiva associada a la insatisfacció i preocupació per la figura.

La imatge corporal es construeix contínuament i configura una percepció física, psicològica i social (Ochoa, 2009). Segons Quiles (2002), comença a formar-se en la infantesa i durant l'adolescència pren un paper important, que afecta el desenvolupament psicosocial de la persona. Per tant, no és quelcom estable sinó que



es construeix evolutivament. També Wardle et al. (2006), citats a Vilà (2019), parlen d'un període crític en el desenvolupament de la imatge corporal, en l'etapa de l'adolescència i els primers anys d'adulthood, a causa dels canvis físics i psicològics que es produeixen a aquestes edats, a l'afany d'acceptació social i als reptes vitals que cal afrontar.

Bouzas et al. (2021) parlen d'una relació directa entre la imatge corporal i l'autoestima, ja que les persones que es consideren pròximes a l'ideal de bellesa solen tenir més bona autoestima, i en el cas dels joves la imatge corporal és un factor determinant per l'autoestima. A més, Quiles (2002) afegeix que la imatge corporal té un paper important en el control del pes i el comportament alimentari, així com amb la salut mental i, de forma rellevant, amb els trastorns de la conducta alimentària. Així doncs, les actituds i cognicions negatives cap al propi cos i la seva imatge poden ser causa de problemes emocionals i poden, en la majoria de casos, ser un factor desencadenant, predisposant i de manteniment del trastorn (Ochoa, 2009).

Fins a principis del segle passat, l'excés de pes era un indicador de salut, benestar i bellesa, a causa de l'escassetat d'aliments i la mortalitat associada als períodes d'inanició (Bouzas et al., 2021). Actualment, en canvi, en la majoria de les societats s'experimenta una pressió cultural cap a la primor, en el cas concret de les dones, la qual s'associa a conceptes positius, com ara la bellesa, la salut i l'èxit, i per la contra, l'excés de pes s'associa a conceptes negatius, com ara la deixadesa, debilitat o falta de voluntat (Quiles, 2002). Ochoa (2009) planteja que els més petits, especialment les nenes, aprenen de les seves famílies, dels mitjans de comunicació i dels companys d'escola, els valors sobre l'aparença i la imatge, així com la importància que té aquesta en la societat.

Com a éssers socials que som, el cos juga un paper simbòlic, actuant de productor i receptor de significats, puix que és la primera font d'informació en tota interacció social (Zicavo, 2013, citat a Vilà, 2019). És per això, que la preocupació per la imatge corporal ha estat present en totes les èpoques de la història, canviant amb els anys els estàndards de bellesa i les convencions socials sobre què és considerat desitjable en matèria d'estètica (Vaquero-Cristóbal et al., 2013, citats a Vilà, 2019). Vilà (2019) també afegeix que la imatge corporal està influenciada per factors individuals i biològics, però també culturals i socials, de manera que algunes cultures (sobretot les occidentals) fomenten el culte al cos prim i condicionen la construcció d'aquesta.

Barbara Fredrickson i Tomi-Ann Roberts formulen la Teoria de l'Objectivació el 1997, la qual ressalta que el cos de la dona és socialment construït com un objecte per ser

observat i avaluat d'acord amb l'aparença, i que existeix per a l'ús i el plaer dels altres (sobretot dels homes). Això provoca un seguiment constant de la pròpia aparença física, esdevenint clau en l'autoconcepte i l'autoestima (Breal, 2019). Així, la percepció de la imatge corporal està subjecta al sistema patriarcal de dominació i desigualtat, en el qual el cos perpetua les qualitats diferencials atribuïdes tradicionalment a cada sexe. En aquest context, els estereotips corporals masculins són marcats per un cos vigorós i robust, mentre que els femenins reforcen la imatge d'una dona fràgil i lleugera, sotmesa a la mirada i al criteri normatiu de bellesa (Ortega, 1998, citat a Vilà, 2019).

Festinger, el 1954, desenvolupa la Teoria de la Comparació Social, i explica que les persones ens comparem amb els similars per tal d'establir una posició i/o autoavaluació que acabarà afectant la nostra autoestima (Brea, 2019). En aquest sentit, investigacions recents han atribuït a les xarxes socials un paper rellevant en l'establiment del cànon de bellesa (Bouzas et al., 2021), representant un entorn favorable per a la internalització dels ideals. La valoració negativa de la pròpia aparença, al no assolir aquests ideals, en resulta la insatisfacció corporal (Grogan, 2006, citat a Brea, 2019). En aquest escenari, la insatisfacció corporal ha anat augmentant, especialment en les dones, comportant un seguit de conseqüències negatives com baixa autoestima, estat depressiu o alteració de patrons alimentaris (Purton et al., 2019, citats a Vilà, 2019).

## **1.2. Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), un problema de salut creixent**

En el context actual, hi ha una excessiva preocupació per l'aparença física i estar prim es relaciona amb bellesa, èxit, seguretat i ser acceptat, provocant un augment de la insatisfacció amb la pròpia imatge corporal i dels TCA (Sancho i Alberola, 2016). És per aquest motiu, que en els últims anys ha augmentat globalment la incidència dels TCA (García et al., 2006; Sancho i Alberola, 2017), esdevenint un greu problema de salut especialment en la població jove (De Los Santos, 2018). Ruiz (1999) i Córdoba, Luengo, Feu i García (2015) afirmen que els TCA són l'alteració psiquiàtrica amb repercussió orgànica més freqüent i la tercera causa de malaltia crònica en noies d'entre 15 i 19 anys.

Aquests trastorns constitueixen un grup de malalties multifactorials i greus (Cipatli i David, 2019) i es caracteritzen per la gravetat de la simptomatologia associada, l'elevada resistència al tractament, el risc de recaigudes, l'alt grau de comorbiditat amb l'abús de drogues, depressió i falta d'habilitats socials, i per la baixa autoestima social i corporal, a més dels símptomes depressius, l'ansietat i les alteracions en el

funcionament social i intents de suïcidi (Losada i Bidau, 2017). Les manifestacions clíniques característiques d'aquest trastorn giren al voltant de dos grans eixos: la imatge corporal i el menjar (Fajardo, Méndez i Jauregui (2017). En destaquen l'anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa (BN), el trastorn per afartament (TA) i altres trastorns alimentaris especificats (Torres i Torres, 2021).

A la taula 1 es mostren els criteris diagnòstics dels TCA més freqüents en l'adolescència descrits al DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) per l'Asociación Americana de Psiquiatria (2013), manual de referència usat en psicologia i psiquiatria per al diagnòstic de malalties i trastorns mentals i els símptomes que en permeten un diagnòstic.

Taula 1. Criteris diagnòstics dels TCA més freqüents a l'adolescència
<p><i>Anorèxia nerviosa (AN)</i></p> <p>A. Restricció de la ingesta energètica en relació amb les necessitats de la persona, que comporta un pes corporal significativament baix en el context de l'edat, el sexe, el curs del desenvolupament i la salut física. Pes <i>significativament baix</i> es defineix com un pes que és inferior al mínim normal o, en nens i adolescents, inferior al mínim esperat.</p> <p>B. Por intensa a guanyar pes o engreixar-se, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, fins i tot amb un pes significativament baix.</p> <p>C. Alteració de la forma en què un mateix percep el seu propi pes o constitució, influència impròpia del pes o la constitució corporal en l'autoavaluació, o falta persistent de reconeixement de la gravetat del pes corporal baix actual.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Tipus restrictiu:</b> Durant els últims tres mesos, la persona no ha tingut episodis recurrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit autoinduït o utilització incorrecta de laxants o diürètics). Aquest subtipus la pèrdua de pes és deguda sobretot a la dieta, el dejú i/o l'exercici excessiu.</p> <p><b>Tipus amb afartaments/purgues:</b> Durant els últims tres mesos, la persona ha tingut episodis recurrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit autoprovocat o utilització incorrecta de laxants o diürètics).</p> <p><i>Especificar la gravetat actual:</i></p> <p>La gravetat mínima es basa, en adults, en l'índex de massa corporal (IMC) actual o, en nens i adolescents, en el percentil de l'IMC. Els límits següents deriven de les categories de l'Organització Mundial de la Salut per a la primor en adults:</p> <p><b>Lleu:</b> IMC <math>\geq 17</math> kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Moderat:</b> IMC 16-16,99 kg/ m<sup>2</sup></p> <p><b>Greu:</b> IMC 15-15,99 kg/ m<sup>2</sup></p> <p><b>Extrem:</b> IMC &lt; 15 kg/ m<sup>2</sup></p>
<p><i>Bulímia nerviosa (BN)</i></p> <p>A. Episodis recurrents d'afartaments. Aquests es caracteritzen pels dos fets</p>

següents:

1. Ingesta, en un període determinat (p. ex. dins d'un període qualsevol de dues hores), d'una quantitat d'aliments que és clarament superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període similar en circumstàncies semblants.
  2. Sensació de falta de control sobre què s'ingereix durant l'episodi (p. ex. sensació que no es pot deixar de menjar o controlar el què o la quantitat que s'ingereix).
- B. Comportaments compensatoris inapropiats recurrents per evitar l'augment de pes, com el vòmit autoinduït, la utilització incorrecta de laxants, diürètics o altres medicaments, el dejú o l'exercici excessiu.
- C. Els afartaments i els comportaments compensatoris inapropiats es produeixen, de mitjana, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.
- D. L'autoavaluació es veu indegudament influïda per la constitució i el pes corporal.
- E. L'alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'AN.

*Especificar la gravetat actual:*

La gravetat mínima es basa en la freqüència de comportaments compensatoris inapropiats.

**Lleu:** Una mitjana de 1-3 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

**Moderada:** Una mitjana de 4-7 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

**Greu:** Una mitjana de 8-13 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

**Extrema:** Una mitjana de 14 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

#### *Trastorn per afartament (TA)*

- A. Episodis recurrents d'afartaments.
- B. Els episodis d'afartaments s'associen a tres (o més) dels fets següents:
1. Menjar molt més ràpidament del normal.
  2. Menjar fins a sentir-se desagradablement tip.
  3. Menjar grans quantitats d'aliments quan no es té gana.
  4. Menjar sol a causa de la vergonya que es té per la quantitat que s'ingereix.
  5. Sentir-se, aleshores, a disgust amb un mateix, deprimert o molt avergonyit.
- C. Malestar intens respecte els afartaments.
- D. Els afartaments es produeixen, de mitjana, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.
- E. L'afartament no s'associa a la presència recurrent d'un comportament compensatori inapropiat com en una BN i no es produeix exclusivament en el curs de la BN o l'AN.

*Especificar la gravetat actual:*

La gravetat mínima es basa en la freqüència dels episodis d'afartaments.

**Lleu:** 1-3 afartaments a la setmana.

**Moderada:** 4-7 afartaments a la setmana.

**Greu:** 8-13 afartaments a la setmana.

**Extrema:** 14 o més afartaments a la setmana.

*Trastorn alimentari o de la ingesta d'aliments no especificat*

Aquesta categoria s'aplica a les presentacions en què predominen els símptomes característics d'un TCA que causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en l'àmbit social, laboral o altres àrees importants del funcionament, però que no compleixen tots els criteris de cap dels trastorns anteriorment descrits. S'utilitza en situacions en les que el clínic opta per no especificar el motiu d'incompliment dels criteris d'un TCA específic, i inclou presentacions en què no existeix suficient informació per poder fer un diagnòstic més específic.

**Taula 1. Criteris diagnòstics dels TCA més freqüents a l'adolescència. Adaptada de l'APA, 2013, a Guia de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 189-197.**

Al llarg del temps, però, les persones que pateixen aquests trastorns transiten d'un tipus de TCA a un altre amb certa freqüència, sent el més habitual passar d'una AN restrictiva a una AN amb afartaments/purgues o una BN (Gaete i López, 2020).

Els TCA s'associen a significativa morbiditat, mortalitat i compromís sever de la qualitat de vida, afectant els òrgans i al creixement de la persona, a conseqüència de la desnutrició, els afartaments i els vòmits (AED, 2016, citada a Gaete i López, 2020). Pel que fa a les comorbiditats psiquiàtriques més comunes, Cipatli i David (2019) en destaquen els símptomes depressius, els trastorns ansiosos i el trastorn obsessivocompulsiu, així com els trastorns de la personalitat, l'abús de substàncies i els comportaments autoagressius. La conducta suïcida contribueix de forma significativa en la mortalitat associada als TCA (Gaete i López, 2020), la qual és la més alta de totes les malalties psiquiàtriques, amb un risc entre 6 i 12 vegades més alt de presentar mort prematura en comparació a la població general (Cipatli i David, 2019).

A la taula 2 s'exposa la simptomatologia dels TCA descrita per Gaete i López (2020), pel que fa a la conducta del malalt.

**Taula 2. Síntomes conductuals dels TCA**

*Conductes restrictives*

Reducció de les porcions dels àpats, dejunis, evitació de certs aliments, normes estrictes relacionades amb l'alimentació o evitació dels àpats habituals a casa o en situacions socials. Se solen dissimular referint falta de gana, dolor abdominal o mitjançant l'adopció de dietes que exclouen aliments com el vegetarianisme, entre d'altres.

*Afartaments*

S'han de sospitar en persones que augmenten progressivament de pes tot i

evidenciar una ingesta disminuïda o normal durant els àpats habituals.

#### *Conductes compensatòries*

Tant purgatives, per exemple vòmits autoinduïts i ús de laxants o diürètics, com no purgatives, per exemple la restricció alimentària i l'exercici. Les primeres se solen amagar, per culpa, vergonya o evitar suspendre-les, i poden passar desapercebudes durant anys.

#### *Exercici excessiu, intens, d'alta freqüència o de forma compulsiva*

Pot comportar conseqüències físiques i socials negatives, com la interferència en la recuperació nutricional o deixar d'assistir a activitats amb els amics.

#### *Conductes relacionades amb el control del pes*

Per exemple, el consum disminuït o augmentat de líquids, mastegar amb freqüència xiclets sense sucre o l'ús de substàncies per tal de suprimir la gana o baixar de pes (com la cafeïna, el tabac o drogues il·legals).

#### *Conductes d'escaneig corporal*

Per exemple, pesar-se sovint, tocar o mesurar reiteradament parts del cos, mirar-se repetidament al mirall o comparar el cos amb el d'altres persones.

També ens poden trobar amb el cas contrari, és a dir, amb conductes d'evitació corporal, com refusar pesar-se o evadir els miralls.

#### *Altres comportaments relacionats amb l'alimentació*

Per exemple, contar calories, amagar menjar, mentir per no menjar, cuinar pels altres sense menjar el que es prepara o amagar la baixada de pes utilitzant roba ampla.

**Taula 2. Simptomatologia dels TCA. Adaptada de Gaete i López, 2020, a *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*, 91(5), 788-789.**

Lechuga i Gámiz (2005), per la seva banda, descriuen els símptomes psicològics associats als TCA. Aquests es mostren a la taula 3:

### **Taula 3. Síntomes psicològics dels TCA**

#### *Ansietat*

Intens malestar mental i sentiment de no ser capaç de controlar els esdeveniments futurs. En la bulímia precedeix els afartaments, que la calmen momentàniament, tot i que després torna amb gran intensitat. En l'anorèxia, apareix sobretot en el moment que la persona s'enfronta als àpats. I en ambdós casos, la frustració per no aconseguir el "cos ideal" potencia l'ansietat, arribant a ser incapacitant.

#### *Obsessions*

En els pacients amb TCA sempre són presents dues idees obsessives: el pes i el menjar.

#### *Depressió*

Els primers símptomes que es detecten són la tristesa i el canvi de caràcter. La inanició sovint va lligada a la depressió, que pot culminar en molts casos en intents de

suïcidi. És molt freqüent, que en realimentar a aquests pacients el quadre depressiu millori significativament.

#### *Distorsions cognitives*

Principalment de la imatge corporal, la qual no és estable en el temps.

#### *Baixa autoestima*

La persona no es valora a si mateixa i creu que no és valorada pels altres. No troba cap aspecte positiu en el seu físic ni en la seva forma de ser. El pensament automàtic irracional continu contribueix en el detriment de la seva autoestima. A més, s'hi suma un excés de perfeccionisme i d'expectatives, que porten a frustració i a major deteriorament de l'autoestima.

#### *Falta d'autocontrol*

Sobretot en la bulímia, existeix un problema de control dels impulsos.

**Taula 3. Síntomes psicològics dels TCA. Adaptada de Lechuga i Gámiz, 2005, a *Tratamiento psicológico de los TCA: aproximación cognitivo-conductual*, 2, 144-145.**

Aquestes afectacions psicològiques adquireixen una dimensió major en l'etapa de l'adolescent, perquè és quan s'hauria de desenvolupar i enfortir l'autoconcepte, l'autoestima, l'autonomia i la capacitat d'intimar adolescent (Treasure i Schmidt, 2010, citats a Gaete i López, 2020).

### **1.3. Epidemiologia dels TCA**

Històricament, els TCA es consideraven patologies pròpies dels països occidentals desenvolupats (AED, citada a Gaete i López, 2020), puix que és on hi havia més influència dels models estètics i la importància de l'aparença pesava més, ja que la cultura que predomina a les societats desenvolupades emfatitza els cossos prims (Sancho i Alberola, 2016). Els últims anys, però, s'han detectat en diverses cultures i països menys desenvolupats, i la incidència ha augmentat globalment (Cipatli i David, 2019) i Ruiz (1999). Es demostra en un estudi portat a terme a les illes Fiji per Becker, Burwell, Gilman, Herzog i Hamburg (2002), en el qual introdueixen la televisió durant els anys 1995 i 1998, per tal de comprovar la influència dels mitjans de comunicació. En aquest estudi, els resultats posen de manifest que el 83% de les noies adolescents modifiquen les actituds relacionades amb el pes i la figura corporal a causa de la influència rebuda de la televisió.

Losada i Bidau (2017) i Ruiz (1999), posen de manifest que el moment crític d'aparició dels TCA és durant l'adolescència, moment de crisi vital, d'identitat, d'ideals, de conflictes, etc. A Espanya, concretament, les últimes dades oficials són reportades pel Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Aquestes són fruit d'una revisió d'estudis i, entre la població de

major risc (dones d'entre 12 i 21 anys), es detecta una prevalença de 0.14-0.90% per l'AN, de 0.41-2.90% per la BN i de 2.76-5.30% pels TCANE. En total, estem parlant d'unes xifres de prevalença de TCA de 4.1-6.41%. En el cas dels homes, tot i haver-hi pocs estudis al respecte, la prevalença entre els adolescents és del 0% per l'AN, de 0-0.36% per la BN i de 0.18-0.77% pels TCANE, amb una prevalença total del 0.27 al 0.90%.

Malauradament, actualment estan augmentant els casos de TCA en edats cada vegada més prematures (Fajardo, Méndez i Jauregui, 2017), incrementant el nombre de casos de pacients pediàtrics diagnosticats amb un TCA i esdevenint el principal problema psiquiàtric de la pubertat i adolescència en ambdós sexes (Cipatli i David, 2019).

Ara bé, són molts els autors que sostenen una prevalença major en el sexe femení, tals com Torres i Torres (2021), Córdoba et al. (2015), García et al. (2006) o De Los Santos (2018). Urzúa et al. (2011), citats a Gaete i López (2020) xifren una prevalença entre 8,3% i 23% major en les dones.

#### **1.4. Etiologia dels TCA**

Gismero (2020) adverteix que comprendre l'etiologia dels TCA és essencial, per tal d'identificar els factors de risc i poder desenvolupar estratègies de prevenció efectives.

Aquest tipus de trastorn es consideren malalties psiquiàtriques greus, amb un elevat risc de mortalitat (Cipatli i David, 2019), que comporten alteracions en el funcionament cognitiu, emocional i social (Gismero, 2020). La diversitat i complexitat d'aquests trastorns es deuen a la interacció de múltiples influències biopsicosocials (Losada i Bidau, 2017). Tot i que encara no es coneixen totes aquestes influències ni com interactuen entre elles, ja que es tracta d'un trastorn multifactorial (González et al., 2003), sí que hi ha coneixement d'alguns factors de risc establerts i que prediuen el desenvolupament d'un TCA (Gismero, 2020). Així, els factors que semblen tenir un paper etiològic més determinant són:

##### Factors socioculturals: idealització del cos prim

En les societats occidentals i occidentalitzades, especialment, el paper de la cultura en la idealització del cos prim i esvelt, així com el creixent prejudici sobre l'obesitat, ha estat un factor determinant en l'aparició dels TCA (Fajardo et al., 2017; Losada i Bidau, 2017). La idealització del cos perfecte recau sobretot en les dones (González et al. 2003), el qual és presentat com un model d'èxit, bellesa i salut (Fajardo et al. 2017), i està directament relacionat amb els dos factors de risc més clars de l'AN i la BN: la



insatisfacció corporal i les dietes/dejunis (Gismero, 2020). Aquesta correlació és deguda al fet que no estar satisfet amb el propi cos predisposa a utilitzar estratègies extremes com les dietes restrictives, el dejuni, l'ús de laxants i diürètics, amb la idea d'aconseguir el pes ideal (Fajardo et al., 2017).

Així doncs, la insatisfacció corporal i la preocupació pel cos, el pes i les formes corporals, i fer dieta, s'han demostrat com a factors de risc que prediuen un possible futur TCA (Gaete i López, 2020). La població adolescent és més vulnerable a aquests factors socioculturals, perquè es troben en una etapa de la vida caracteritzada per grans canvis físics i psicosocials, que poden portar a distorsions de la pròpia imatge corporal (Fajardo et al., 2017; García et al., 2006).

Els autors apunten que cada vegada hi ha més evidència que determinats usos de les diferents xarxes socials, especialment fer comparacions basades en l'aparença física, estan relacionats amb comportaments alimentaris restrictius (tan pel que fa a la quantitat com a certs tipus d'aliments) i amb una imatge corporal negativa, els quals comporten un descens de l'autoestima (Gismero, 2020; Cipatli i David, 2019). Sobre el paper de les xarxes socials, Fardouly i Vartanian (2016) defensen que les persones presenten en aquestes una versió idealitzada d'elles mateixes, puix publiquen aquelles imatges on surten més atractives. A més, generalment són utilitzades per interactuar amb les persones de l'entorn proper, de manera que, tal com afirmen Carey, Donaghue i Broderick (2014), les comparacions corporals amb els companys/es influeixen en la concepció de la imatge corporal. Fardouly i Vartanian (2016), afegeixen que sovint, acompanyant la imatge, es publiquen continguts i comentaris que també tenen un efecte en la interiorització i percepció de l'aspecte físic dels usuaris.

En definitiva, tal com recull Gismero (2020), totes les variables vinculades amb l'exposició a l'ideal de primor i a la pressió per aconseguir-lo (xarxes socials, internalització d'aquest ideal, les expectatives per aconseguir-lo, etc.), són factors de risc, ja que incrementen la insatisfacció amb la imatge corporal, així com la pràctica de dietes i de símptomes bulímics. Ruiz (1999), encara va més enllà, considerant el TCA un trastorn associat a la cultura, pel pes que tenen els factors socioculturals.

#### Factors personals: variables psicològiques i context pròxim (família i amics)

Hi ha diferències individuals que fan més vulnerables a algunes persones a desenvolupar un TCA, diferències de caràcter genètic/biològic, psicològic i contextual, que interactuen entre si (Gismero, 2020), i que són determinants en l'aparició, evolució

i pronòstic del trastorn, així com la intensitat i la forma d'expressió d'aquest (González et al., 2003).

Gismero (2020) manifesta que els trets psicològics es consideren indicadors estables de diferències individuals en el patró típic de pensament, emoció o comportament, que influeixen a les pròpies reaccions dels esdeveniments ambientals i de l'entorn (tals com les pressions socioculturals per aprimar-se). Gaete i López (2020) considera el perfeccionisme, l'afectivitat negativa (depressió, ansietat i/o culpa), la baixa autoestima i la impulsivitat o urgència negativa, com alguns trets de personalitat que poden propiciar el desenvolupament i manteniment dels símptomes dels TCA.

Les persones amb TCA sovint presenten alts nivells de perfeccionisme desadaptatiu que contribueix al manteniment del trastorn, perquè les porta a adherir-se a regles estrictes sobre què i quan menjar, posant massa èmfasis a aconseguir un cos prim ideal (Gismero, 2020). González et al. (2003) afegeix que les empeny a una autoavaluació negativa, ja que són extremadament crítiques quan no es compleixen les seves expectatives.

Per molts adolescents, l'autoestima queda supeditada a estar prims i engrèixar-se és sinònim de fracàs (Ruiz, 1999). En aquest sentit, el desig d'assolir una imatge idealitzada de cos perfecte és una forma de compensar la baixa autoestima i la por a ser rebutjat, així com els estats emocionals negatius amb presència generalment d'ansietat i depressió (Garrote i Palomares, 2011).

Pel que fa a la urgència negativa, Gismero (2020) la descriu com la tendència a actuar precipitadament en resposta a emocions negatives. En el cas de les pacients amb BN, menjar els provoca l'expectativa que s'alleugeriran els sentiments negatius i, a la vegada, aquestes expectatives prediuen increments en els afartaments. En canvi, en el cas de les pacients amb AN, mostren una alta persistència (González et al., 2003).

A part d'aquests quatre trets de personalitat, segons Losada i Bidau (2017), hi ha altres factors psicològics que suposen un factor de risc com la presència de sentiments d'incompetència, la falta d'autonomia resultant de la percepció negativa del propi cos i d'una baixa autoestima, la manca d'assertivitat, les estratègies d'afrontament evitatiu o d'escapament, així com la tendència a evitar situacions socials que impliquin relacions interpersonals, o la percepció de poc suport social (incloent-hi el familiar). Seguint la mateixa línia, Farstad, McGeown i Von Ranson (2016) suggereixen que un elevat perfeccionisme i neuroticisme, una major sensibilitat a les recompenses socials, una menor extraversió i un major autocontrol per completar els objectius autoproposats solen relacionar-se amb problemes d'insatisfacció corporal i

amb simptomatologia relacionada amb els TCA. González et al. (2003) hi afegeix una tendència a la inhibició, la dificultat en l'expressió emocional, una falta d'iniciativa i un alt grau de conformisme, així com rigidesa, dependència i un caràcter obsessiu, en el cas específic de l'AN; i els trets de personalitat que caracteritzen les pacients amb BN són una baixa tolerància a la frustració, la impulsivitat, l'autoagressivitat i el sentiment de buit crònic.

Tot això agafa major importància en l'adolescència, puix és una etapa de canvis morfològics i on es comença a percebre la valoració de la pròpia imatge amb relació al grup d'iguals (González et al., 2003). És per aquest motiu que s'és més sensible a les pressions socioculturals, com comentaris d'amics i família, xarxes socials, etc. (Ruiz, 1999; Fajardo et al., 2017). També Gismero (2020) sosté que els amics poden contribuir a internalitzar l'ideal cultural de primor, la qual cosa contribueix a les complicacions alimentàries. És per això que, durant l'adolescència, molts comencen amb pràctiques i actituds, com dietes restrictives, control del pes, preocupació per la figura, anhel d'aprimar-se, por a engreixar-se, etc., que són predictors d'aquests tipus de trastorns i, malauradament, tenim profundament arrelats a la nostra cultura (Ruiz, 1999).

En aquest sentit, Losada i Bidau (2017) fan especial menció al paper de la família en el desenvolupament dels TCA, ja que és en aquesta on es compleixen les principals funcions de socialització i on la persona adquireix la seva identitat i posició individual dins la xarxa intergeneracional. Els comentaris crítics sobre l'aparença i l'alimentació per part de la família i els conflictes familiars no resolts, són precursors importants dels TCA, especialment en aquesta edat (Gaete i López, 2020).

En definitiva, les pressions socials per aprimar-se, tant de l'entorn pròxim (per part de pares, entrenadors, etc.) com del context sociocultural més ampli, a l'incidir sobre persones especialment vulnerables (perfeccionistes, depressives, amb inestabilitat emocional, amb conductes ansioses o obsessives, etc.) disminueixen una ja baixa autoestima, a vegades generada per la inadequada cura familiar (tant per excés com per defecte). Davant d'això, la insatisfacció personal, especialment la insatisfacció amb la pròpia aparença, pot trobar una "sortida fàcil" en la pràctica de dietes o símptomes bulímics com un intent d'aproximar-se a l'ideal cultural de primor (Gismero, 2020).

Gordon (1990), citat a González et al. (2003), afegeix com a factor precursor i precipitant dels TCA haver patit un esdeveniment estressant en alguna etapa de la vida, com un abús físic, psicològic o sexual, la carència de figures d'autoritat, entre d'altres.

### Altres factors:

Per altra banda, Losada i Bidau (2017) assenyalen una predisposició biològica en el desenvolupament dels TCA, argumentant que el sistema neuronal està implicat en la regulació de la gana i de l'estat d'ànim. D'aquesta manera, afirmen, el desenvolupament neuronal i la plasticitat sinàptica són marcadors biològics d'aquesta malaltia. En aquesta àrea, Gaete i López (2020), apunten una forta contribució genètica en l'AN, la BN i el TA, ja que la desregulació dels sistemes de dopamina i de serotonina, juntament amb les alteracions dels circuits neuronals relacionats amb la recompensa i l'autocontrol, són factors neurobiològics relacionats amb aquests trastorns.

Per acabar, De Los Santos (2018), encamina l'origen dels TCA a una mala alimentació i/o hàbits de vida deguts al poc coneixement per part de la població sobre el valor nutricional dels productes processats, i afirma que és quelcom que s'hauria de treballar a casa i a les escoles.

### **1.5. Prevenció dels TCA**

Els TCA són fruit d'una interacció de factors biopsicosocials que els crea i manté (Ruiz, 1999), i que confereixen a aquest trastorn una diversitat i complexitat difícil d'abordar (Gismero, 2020). És per això que cal enfocar la prevenció i el tractament des dels diferents factors que interactuen: socioculturals, psicològics, biològics i familiars (Losada i Bidau, 2017).

Així, Ruiz (1999) remarca la importància d'atendre tots els factors predisposants, desencadenants i perpetuadors implicats, tenint molt en compte el pes del context sociocultural en els TCA. En aquest sentit, tant les variables contextuais com les personals s'haurien d'abordar preventivament (Gismero, 2020).

En primer lloc, identificar les actituds i factors de risc de TCA entre la població adolescent, tals com la insatisfacció corporal, és clau per poder desenvolupar estratègies de prevenció efectives (García et al., 2006; Gismero, 2020). Cipatli i David (2019) afegixen que abordar aquestes actituds de forma precoç ajudarà a prevenir i que la recuperació sigui més eficient.

Les accions preventives aniran encaminades, entre altres coses, a donar informació adequada sobre nutrició i canvis corporals, per tal d'educar certes idees i actituds relatives al cos i a l'alimentació (Ruiz, 1999). També el Document de la OMS "Salud para todos en el Siglo XXI" (2015), fa especial menció a la necessitat d'implantar una educació nutricional de qualitat i actualitzada als centres escolars, per tal que els i les

joves adquireixin uns hàbits alimentaris saludables, així com l'hàbit de la pràctica d'exercici diària, per prevenir aquests trastorns. Segons Ruiz (1999), aquestes accions ajuden a modificar les conductes precursoras dels TCA, com per exemple, la prevalença de dietes, el control del pes, l'ús de laxants o el vòmit autoinduit.

El mateix Ruiz (1999), assenyala que cal aportar informació sobre les causes i les conseqüències dels TCA, així com una metodologia activa que respongui a continguts de procediments i actitudinals. És a dir, no és suficient donar informació, sinó que s'ha de treballar perquè els i les joves es qüestionin la relació falsa entre estar prim i èxit o felicitat i els perills de la pressió social.

En aquest sentit, les xarxes socials són precursoras de certs comportaments relacionats positivament amb la simptomatologia i negativament amb la salut psicològica, perquè és freqüent que els joves es comparin amb els iguals i se sentin pitjor amb ells mateixos i amb el seu aspecte com a resultat (Gismero, 2020). Així, educar per fer un ús limitat i conscient de les xarxes socials, dedicant menys temps a continguts relacionats amb el pes i l'aparença, i fomentar el pensament crític davant aquestes imatges, ajudarà a fer que es vegin menys afectats en la seva autoavaluació corporal quan siguin sotmesos a continguts mediàtics idealitzats (Tampli, McLean i Paxton (2006), citats a Gismero, 2020).

Sancho i Alberola (2016), enfoquen el treball preventiu a reforçar l'autoestima dels adolescents i a fomentar un model estètic adequat a uns valors importants, per tal que no entenguin l'aparença com el pilar fonamental de l'èxit a la vida. Gismero (2020), també segueix aquesta línia i afirma que reforçar l'autoestima, així com afrontar el perfeccionisme i el neuroticisme, ajuda a les persones a acceptar-se a si mateixes sense prioritzar únicament el seu aspecte corporal. De fet, les persones que pateixen TCA solen identificar la seva autoestima amb la del seu propi cos; si no es consideren atractives, no són vàlides (Garrote i Palomares, 2011).

Així doncs, una de les línies terapèutiques més rellevants per tal de prevenir els TCA va dirigida a les actituds i creences sobre la imatge corporal, centrant-se en certes dimensions actitudinals, tals com la pròpia avaluació del cos, els autoesquemes i l'afectivitat cap al propi cos (Losada i Bidau, 2017). Garrote i Palomares (2011) consideren que als centres educatius s'hauria de treballar per enfortir la personalitat dels alumnes, per reduir l'impacte que tenen factors com la insatisfacció personal, el sentiment d'inseguretat, de buit, de menyspreu cap a un mateix o la falta de control sobre la pròpia vida. Aquests autors afirmen que l'etapa escolar és el moment de

formar els pilars propis de la personalitat i adquirir les eines necessàries per, en el futur, fer front a la incertesa i a les pressions socials o del grup d'iguals.

Gismero (2020), parla d'abordar les preocupacions pel menjar i els comportaments insans associats, així com qüestionar la internalització de l'ideal de bellesa, en intervencions grupals. Cipatli i David (2019) afegixen que la participació de la família és fonamental, sobretot en la recuperació. També Losada i Bidau (2017) assenyalen la importància d'involucrar i treballar amb la família les actituds i creences sobre l'alteració de la imatge corporal, així com les relacions familiars.

En últim lloc, Gismero (2020) diu que l'educació i la prevenció dels TCA hauria d'anar encaminada a treballar els aspectes que enforteixen a la persona i la fan resilient i menys vulnerable als trastorns. En destaca l'autoacceptació, les relacions positives, el creixement personal, la disminució dels comportaments i cognicions relacionats amb el TCA, l'autoadaptabilitat i l'autonomia.

### **1.6. Programes de prevenció primària previs**

Els programes de prevenció dels TCA poden ser de tres tipus: de prevenció primària, de prevenció secundària o de prevenció terciària. En aquest estudi ens centrarem en el primer tipus, puix que els programes estan dissenyats per tal de reduir la incidència del trastorn. Aquesta se centra a reduir o eliminar els factors causants o que contribueixen al seu desenvolupament, així com en fomentar els factors protectors o de resiliència (Ruiz, 2015, citat a Ruiz et al., 2017). Per altra banda, la prevenció secundària va dirigida a disminuir la prevalença, centrant-se en el diagnòstic precoç de tractament i un tractament eficaç (Ruiz-Lázaro, 2015, citat a Ruiz et al. 2017). Finalment, la prevenció terciària està enfocada a prevenir la cronicitat i les complicacions secundàries al trastorn (Stewart, 2004, citat a Ruiz et al., 2017).

Segons Raich et al. (2007), citat a Ruiz et al. (2017), la prevenció primària dels TCA ha d'estar orientada a la promoció de la salut en general i a la creació d'actituds positives envers ella. També és important potenciar l'autoestima, fer formació bàsica sobre nutrició i lluitar contra la pressió mediàtica cap a un cos femení excessivament prim.

Ruiz et al. (2017) fan una retrospectiva sobre els programes de prevenció de TCA i conclouen que els primers programes preventius (de primera generació) es centraven principalment en psicoeducació, és a dir, a donar informació sobre els TCA i els seus factors de risc. Posteriorment, descriuen, es van començar a implementar programes (de segona generació) que se centraven a desenvolupar resistència a les pressions socioculturals sobre l'ideal de cos prim. Uns i altres obtenien resultats favorables a l'hora d'ampliar coneixements sobre la malaltia, però no a l'hora de modificar

creences, actituds, intencions i comportaments relacionats amb el trastorn, segons els autors. Actualment, en els programes més recents (de tercera generació), es porten a terme intervencions selectives sobre els individus en risc; es tracta d'exercicis interactius (dinàmiques grupals i treball cognitiu) sobre els principals factors de risc.

Metaanàlisis recents calculen que, en l'actualitat, més de la meitat (51%) de les intervencions preventives redueixen factors de risc, i un 29% la prevalença i la incidència de la patologia (Piran, 2005, citat a Ruiz et al., 2017).

En l'àmbit espanyol, Rosa Maria Raich i Pedro Manuel Ruiz són dos autors de referència pel que fa als TCA. En el present estudi ens centrarem en dos projectes de prevenció primària dels TCA de renom pels bons resultats obtinguts, descrits per aquests autors i portats a terme a Espanya. Són el Projecte ZARIMA i el Projecte MABIC.

El **Projecte ZARIMA** ha estat desenvolupat pel Grupo Zarima-Prevención i descrit per Ruiz et al. (2017), i ha estat declarat d'interès sanitari i finançat pel Departament de Salut del govern d'Aragó (CJA) i el Fons d'Investigació Sanitària (FIS). L'objectiu d'aquest programa és realitzar prevenció primària i secundària dels TCA en adolescents (ensenyament secundari obligatori) amb una intervenció en el medi escolar, a través d'un programa amb un protocol de procediments prèviament establert i validat en estudis experimentals.

#### **Intervenció del projecte ZARIMA:**

El projecte ha estat implementat amb estudiants de 1r d'ESO, d'entre 12 i 13 anys, i s'ha treballat paral·lelament amb les famílies d'aquests.

La intervenció amb els adolescents consisteix en 5 sessions setmanals de 120 minuts de durada. Aquestes s'integren en l'horari escolar habitual, amb activitats en petit grup, coeducadores, tècniques d'implicació en alimentació i en imatge corporal, diferències genèriques, habilitats per resistir la pressió social i la influència sociocultural, interpretar i resistir la influència dels mitjans de comunicació, autoestima/autoconcepte, habilitats socials i comunicatives, i entrenament assertiu. S'apliquen diferents enfocaments tècnics i metodològics, com role-playing, jocs, discussió en petit grup, debats, vídeo, diapositives, dibuix o representacions. Les intervencions estan dissenyades per treballar cognitiva, emocional i conductualment. El professor usual està present a les sessions, per tal de contribuir al bon funcionament de la sessió i per facilitar la discussió en petit grup.

La intervenció amb les famílies consisteix en 1 sessió de 120 minuts de treball en petit grup, que inclou dos exemples de situacions quotidianes, seguit d'una discussió de 45

minuts i un tríptic per les famílies. Es basa en models teòrics de sistemes familiars i aprenentatge social. Pretén proporcionar estratègies a les famílies i donar l'oportunitat de compartir les seves experiències.

Un any després, amb els adolescents, es fa una sessió de reforç en nutrició i imatge corporal amb activitats en petit grup, tècniques actives, activitats interactives, i un tríptic. Es visualitza el vídeo *Comer bien, verse mejor*, es fa una discussió de 30 minuts sobre els sentiments i experiències fruit de la visualització.

Tot el material educatiu del programa està recollit a la *Guía pràctica. Bulímia y anorèxia. Prevención de TCA*.

### **Resultats del projecte ZARIMA:**

Pel que fa a l'eficàcia del programa, s'ha avaluat científicament amb mètodes estandarditzats i s'ha comprovat la seva eficàcia a l'any de seguiment (Ruiz-Lázaro, 2005, citat a Ruiz et al., 2017). Passats dotze mesos, el risc de TCA en el grup d'intervenció va ser quasi un terç del de control (4.1% vs 10.5%), i la incidència de TCA va ser menor significativament en el grup d'intervenció i no en el de control (0.0% vs 2.7%).

La descripció dels objectius i l'estructura del projecte ZARIMA s'inclouen a l'Annex 1 del present treball.

El **Projecte MABIC** ha estat desenvolupat per la Facultat de Psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona i es troba detallat al manual d'intervenció publicat "**Alimentació, model estètic femení i mitjans de comunicació: com formar alumnes crítics en educació secundària**" de Raich et al. (2010). MABIC és l'acrònim de "M" Mitjans de comunicació, "A" Alteracions alimentària, "B" Burles relacionades amb el pes i "IC" Insatisfacció Corporal.

Aquest programa pretén prevenir i reduir els comportaments no saludables relacionats amb l'alimentació i el control del pes, així com millorar la imatge corporal dels adolescents. Els autors afirmen que fomentar la crítica contra missatges no saludables relacionats amb aquests temes és una bona estratègia per modificar actituds alimentàries i reduir la pressió social envers l'actual model estètic corporal. Amb relació al programa, recalquen la importància de presentar-lo als estudiants com una intervenció enfocada als hàbits alimentaris i a la importància de la imatge corporal en els mitjans de comunicació, i no com un programa de prevenció de comportaments no saludables relacionats amb l'alimentació i el control del pes, com realment és, per



evitar una mala predisposició o rebuig per part dels estudiants que presenten actituds alterades en aquest àmbit.

### **Intervenció del projecte MABIC:**

El Projecte MABIC ha estat implementat amb estudiants de 2n d'ESO, d'entre 13 i 14 anys, de Sabadell. De totes maneres, el programa "Alimentació, model estètic femení i mitjans de comunicació: com formar alumnes crítics en educació secundària" s'adreça a tots els estudiants d'educació secundària.

El programa està dissenyat amb una metodologia interactiva i centrada en els participants, per tal de potenciar al màxim la participació i la reflexió de tots ells i elles, així com fomentar l'activisme contra els missatges no saludables relacionats amb els temes tractats, per modificar actituds alimentàries i reduir la pressió social envers l'actual model estètic corporal. S'aplica un enfocament inductiu, mitjançant imatges i preguntes de reflexió, per tal de no començar qüestionant de forma directa el model estètic femení actual, el qual pot estar molt interioritzat entre els participants i pot generar una actitud desfavorable envers el programa.

Està dividit en 3 unitats temàtiques: el model estètic femení; el model estètic femení en els mitjans de comunicació; i alimentació i nutrició. Cada unitat es presenta amb 90 o 120 minuts (1 o 2 sessions), a excepció de la segona, que incorpora dues activitats que requereixen 60 minuts addicionals cada una (2 sessions). A més, s'incorporen activitats complementàries per treballar individualment o en petits grups a casa o a les tutories (1 sessió mínima recomanada). Així, s'estima que la durada total del programa és d'entre 10 i 15 sessions, i convé que tinguin una periodicitat setmanal. El projecte MABIC en concret s'ha implementat en 8 sessions. S'anima als alumnes a compartir-ho amb la família, per tal que s'impliquin en les activitats complementàries.

### **Resultats del projecte MABIC:**

Pel que fa a l'eficàcia del programa, el qual s'ha avaluat científicament a través d'un assaig clínic controlat i aleatoritzat, ha demostrat ser eficaç per generar canvis positius en les actituds alimentàries i la influència dels estereotips de bellesa sis mesos després. L'efectivitat ( $DE=0.29$  a  $DE=0.38$ ) va ser superior, de mitjana, que l'obtinguda prèviament en programes selectius-universals, i similars o superiors als aconseguits per programes de prevenció dirigits. Els resultats indiquen un efecte superior i més rellevant en aquells participants que van completar les activitats interactives entre sessions ( $DE=0.29$  a  $DE=0.45$ ), tot i que les diferències no van ser significatives (López-Guimerà et al., 2011).

La descripció dels objectius i l'estructura del projecte MABIC s'inclouen a l'Annex 2 del present treball.

## **2. Justificació, Objectius i Hipòtesi**

### **2.1. Justificació**

Davant la incidència global de TCA i l'augment en les últimes dècades d'aquest tipus de trastorn (Cipatli i David, 2019), es posa de manifest la necessitat d'abordar preventivament les variables contextuais i personals precursors d'aquests (Gismero, 2020), perquè constitueixen un grup de malalties multifactorials i greus, amb un elevat risc de mortalitat (Cipatli i David, 2019).

Segons Fajardo et al. (2017), sobretot en les societats occidentals i occidentalitzades, el paper de la cultura en la idealització del cos prim i esvelt, així com el prejudici sobre l'obesitat, ha estat un factor determinant en l'aparició dels TCA. I, tal com afirma González et al. (2003), aquesta idealització del cos perfecte recau especialment sobre les dones; motiu pel qual hi ha una prevalença major d'aquest tipus de trastorn en el sexe femení (Torres i Torres, 2021). Losada i Bidau (2017) afegixen que el moment crític d'aparició dels TCA és durant l'adolescència, puix és una etapa de canvis morfològics, de crisi vital, de cerca d'identitat i d'ideals, etc., i s'és més sensible a les pressions socioculturals (comentaris d'amics i família, xarxes socials, etc.). En molts casos, l'autoestima de l'adolescent queda supeditada a estar prim, i engreixar-se és sinònim de fracàs (Ruiz, 1999).

Així, identificar les actituds i factors de risc de TCA entre la població adolescent, tals com la insatisfacció corporal, és clau per poder desenvolupar estratègies de prevenció efectives (Gismero, 2020); i abordar aquestes actituds de forma precoç ajudarà a prevenir-los (Cipatli i David, 2019).

Per tant, tenint en compte tots els aspectes esmentats anteriorment, la pregunta d'investigació que em plantejo en aquest treball és la següent: quina percepció de la imatge corporal i quina incidència de simptomatologia de TCA hi ha entre l'alumnat de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada?

### **2.2. Objectius**

Objectiu general:

- Fer una proposta de taller per prevenir els TCA destinat a l'alumnat de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada.

Objectius específics:

- Conèixer els factors de risc que influeixen en l'aparició, desenvolupament i manteniment dels TCA en la població adolescent.

- Identificar la incidència de possibles casos de TCA i la percepció de la imatge corporal de l'alumnat de 3r d'ESO de l'Institut Quercus.
- Cercar material educatiu destinat a la prevenció primària dels TCA, que s'adapti a les necessitats específiques de l'alumnat de 3r d'ESO de l'Institut Quercus.

### **2.3. Hipòtesi**

S'espera trobar casos d'alumnes amb insatisfacció corporal i preocupació pel cos, el pes i l'aparença corporal, així com un major risc de desenvolupar un TCA en les noies respecte als nois de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada.

## 3. Mètodes

### 3.1. Mostra

La mostra del present estudi està formada per 63 alumnes ( $M_{\text{edat}} = 14.46$ ;  $DE_{\text{edat}} = 0.59$ ) de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada (Bages), dels quals 24 eren nois ( $M_{\text{edat}} = 14.5$ ;  $DE_{\text{edat}} = 0.72$ ) i 39 eren noies ( $M_{\text{edat}} = 14.44$ ;  $DE_{\text{edat}} = 0.5$ ).

### 3.2. Instruments

La recollida de dades es va realitzar mitjançant una bateria de qüestionaris autoadministrats a través d'un google forms. Aquesta estava dividida en 3 subapartats: en el primer, es preguntava sobre dades sociodemogràfiques (edat, gènere, pes i alçada -les dues últimes dades s'han utilitzat per calcular l'IMC-); en el segon i tercer, es preguntava sobre aspectes relacionats amb l'alimentació i l'aparença física a través de l'Eating Attitudes Test (EAT-26) i el Body Shape Questionnaire (BSQ), respectivament.

**EAT-26** (veure annex 3): És un dels més usats i va ser creat per Garner i Garfinkel, l'any 1979. La versió original consta de 40 ítems, però pel present estudi s'ha emprat la versió reduïda en llengua castellana, validada per Gandarillas et al. (2003), que consta de 26 preguntes i conserva les propietats de confiabilitat i validesa per a la detecció de possibles TCA.

Els mateixos autors constaten que el qüestionari es pot dividir en 3 factors: a) dieta; b) bulímia i preocupació pel menjar; i c) control oral. A grans trets, 13 ítems corresponen a les conductes evitatives d'aliments que engreixen i a la preocupació per aprimar-se, 6 ítems a les conductes bulímiques i als pensaments amb relació al menjar, i 7 ítems tracten sobre l'autocontrol de la ingesta i sobre la pressió dels altres per guanyar pes.

La puntuació total de l'EAT-26 és la suma dels 26 ítems. Són preguntes tancades i puntuen 3, 2, 1, 0, 0, 0 en direcció positiva, assignant 3 a les respostes que més s'aproximen a una direcció simptomàtica ("sempre" = 3). A excepció de l'ítem 25, que es puntua de forma oposada, puntuant 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("mai" = 3). Una puntuació total igual o superior a 20 punts, suposa risc de presentar TCA.

**BSQ** (veure annex 4): Aquest va ser dissenyat per Cooper, Taylor, Cooper i Fairburn, l'any 1987, i adaptat a la llengua castellana per Raich, Mora, Soler, Àvila, Clos i Zapater, l'any 1996 (Baile et al., 2002). Consta de 34 preguntes i és específic per avaluar la insatisfacció corporal, que és una de les variables que es vol mesurar en la mostra.

Els ítems es poden dividir en 5 factors: a) preocupació pel pes en connexió amb la ingesta; b) preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat; c) insatisfacció i preocupació corporal general; d) insatisfacció corporal respecte la part inferior del cos, és a dir, cuixes, malucs i natges; i e) utilització del vòmit o laxants per reduir la insatisfacció corporal, descrits per Raich et al. (1996).

La puntuació total del BSQ és la suma dels 34 ítems. Són preguntes tancades i, en aquest cas, a través d'una escala tipus Likert es puntuen 6, 5, 4, 3, 2, 1 en direcció positiva, assignant 6 a les respostes que més s'aproximen a una direcció d'insatisfacció corporal ("sempre" = 6). La puntuació final oscil·la de 34 a 204 punts. No hi ha establert un punt de tall que identifiqui a persones amb un possible TCA, però hi ha de referència l'estudi de validació original, on les pacients amb bulímia van puntuar 136,9 de mitjana en comparació a la mostra de dones de població no clínica que van obtenir 81,5 punts de mitjana.

### **3.3. Disseny i procediment**

El disseny de la recerca ha estat de tipus experimental i s'ha emprat una metodologia quantitativa, ja que tal com afirmen Ulloa, Gutiérrez, Nares i Gutiérrez (2017), aquest tipus de mètode pretén formar qüestions d'investigació per posteriorment provar-les.

El motiu pel qual s'ha decidit optar per aquesta metodologia és per la seva alta validesa, doncs, tal com afirmen Cadena et al. (2017), el mètode quantitatiu és més fort en validesa externa que el qualitatiu, atès que ens permet generalitzar la mostra a tota la població. Els mateixos autors argumenten que dona més èmfasi a la precisió que s'utilitza a l'hora de mesurar les dades d'estudi, fet que m'interessa per conèixer exactament en quin grau està present la insatisfacció de la imatge corporal a la població d'estudi, així com els factors de risc presents per al desenvolupament dels TCA i/o detectar possibles casos de TCA.

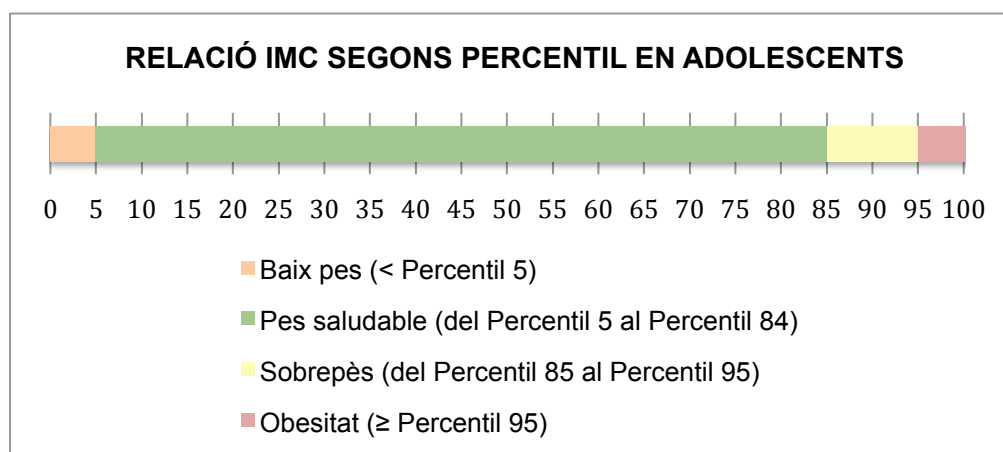
En primer lloc, es va contactar amb la coordinadora pedagògica del centre per tal que m'autoritzés a fer la recollida de dades. Posteriorment, es va passar un full de consentiment informat a les famílies dels alumnes de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada. Dels 105 alumnes que conformen el curs (51 nois i 54 noies), es va obtenir el consentiment de 63 alumnes (24 nois i 39 noies), als quals, finalment, se'ls va administrar la bateria de qüestionaris. Per tant, la mostra de l'estudi representa un 60% del total dels alumnes d'aquest curs.

Les dades es van recollir a través de la plataforma de Google Forms, des d'on es va fer arribar el qüestionari als alumnes. Aquests van omplir-lo a classe, durant la setmana anterior a les vacances de Setmana Santa (de l'11 al 14 d'abril de 2022),

amb la presència de la investigadora, a excepció d'un grup-classe, que no es va poder realitzar *in situ* a la classe, per falta de temps, i se'ls va penjar l'enllaç a la plataforma moodle del centre perquè l'omplissin a casa.

### 3.4. Anàlisi de les dades

L'anàlisi estadística de les dades s'ha realitzat mitjançant el programa Microsoft Excel®.



**Figura 1. Relació IMC segons el percentil en adolescents. Elaboració pròpia.**

En primer lloc, es van calcular les puntuacions de cada qüestionari, així com el percentil de l'IMC de cada alumne amb relació a l'edat, el pes i l'alçada (veure Figura 1), per tal de conèixer la situació present pel que fa al risc de presentar un TCA i a la insatisfacció amb la imatge corporal de la mostra.

Posteriorment, amb el programa Microsoft Excel®, s'ha fet una anàlisi descriptiva i comparativa d'aquestes dades per tal d'observar les diferències entre els dos gèneres (masculí i femení), analitzar els diferents factors de cada qüestionari, així com les preguntes d'aquests. Concretament, s'ha estudiat el percentatge total d'alumnes amb risc de presentar un TCA, segons l'EAT-26, i s'ha comparat el risc entre ambdós gèneres. Pel que fa al BSQ, com que no té un punt de tall especificat, s'han comparat les puntuacions totals amb les de l'estudi dut a terme per Cooper et al. (1987), citats per Raich et al. (1996), i també s'han comparat les puntuacions entre els dos gèneres de la mostra de l'estudi present. Per acabar, s'ha analitzat la relació entre l'EAT-26 i el percentil de l'IMC, i s'han relacionat les puntuacions d'ambdós qüestionaris (EAT-26 i BSQ), per tal de determinar si la percepció de la imatge corporal és determinant en l'aparició d'un TCA.

## 4. Resultats

### 1. Detecció de possibles casos de TCA a través del qüestionari EAT-26

Dades del total de la mostra:

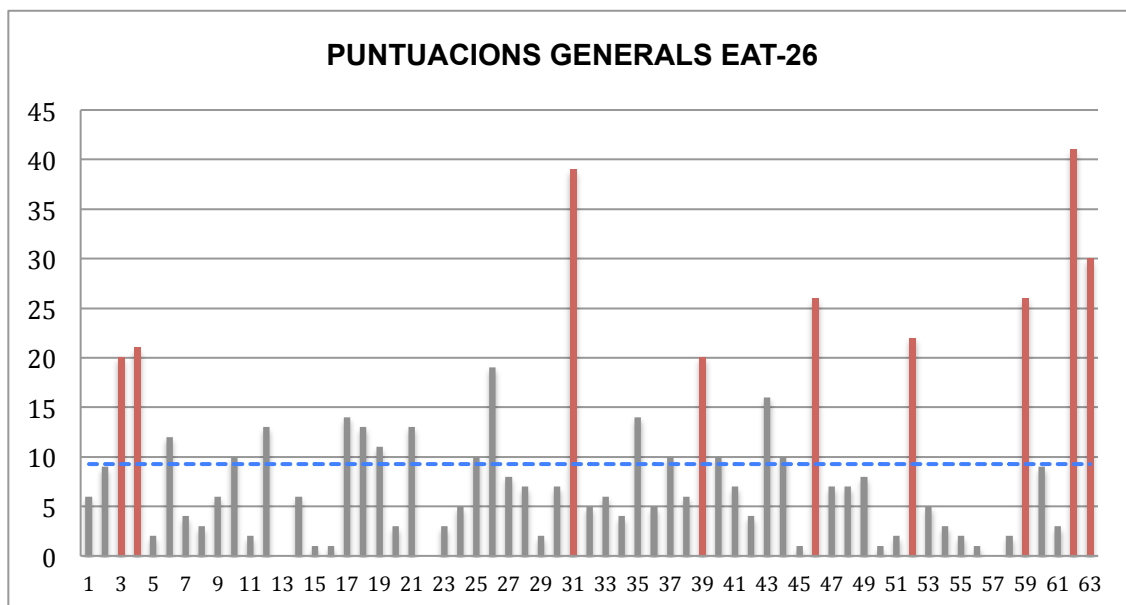


Figura 2. Puntuacions generals de l'EAT-26. Elaboració pròpia.

Analitzant la simptomatologia relacionada amb els TCA del total de la mostra (N=63), s'observa com la puntuació mitjana de l'EAT-26 ha estat de 9.25 punts, la qual es troba per sota del punt de tall i, per tant, no s'indica possible risc de presentar un TCA. Tanmateix, s'identifica com de les 63 persones que van respondre el qüestionari, 9 van puntuar igual o per sobre de 20; per tant, un 14.29% de la mostra va presentar risc de desenvolupar un TCA.

Diferències entre gènere masculí i femení:

	N	(%)	M	DE
<b>TOTAL MOSTRA</b>	63	(100)	9.25	8.98
<b>NOIS</b>	24	(38.10)	6.46	5.63
<b>NOIES</b>	39	(61.90)	10.97	10.72

Taula 4. Valor de la mostra, la mitjana i la desviació estàndard en l'EAT-26. Elaboració pròpia.



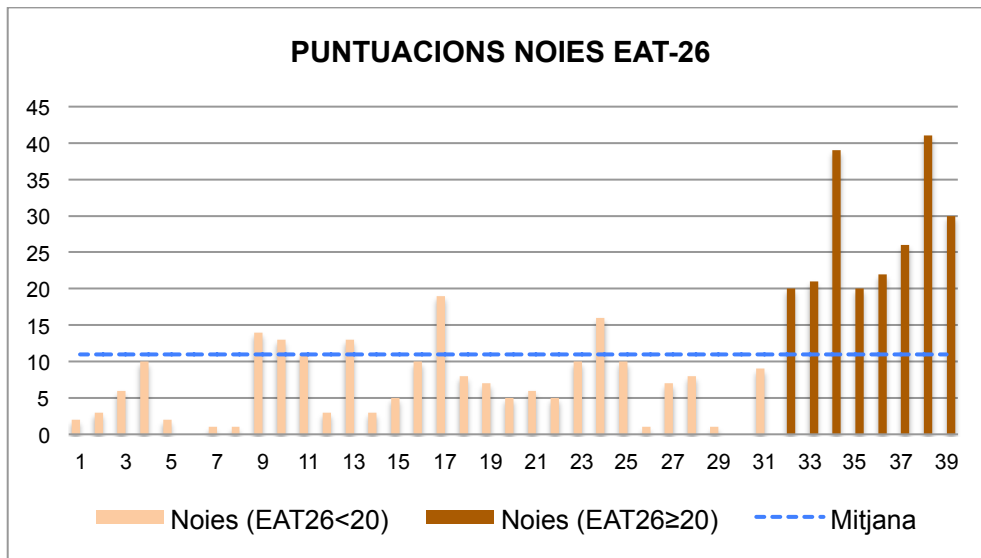


Figura 3. Puntuacions de les noies en l'EAT-26. Elaboració pròpia.

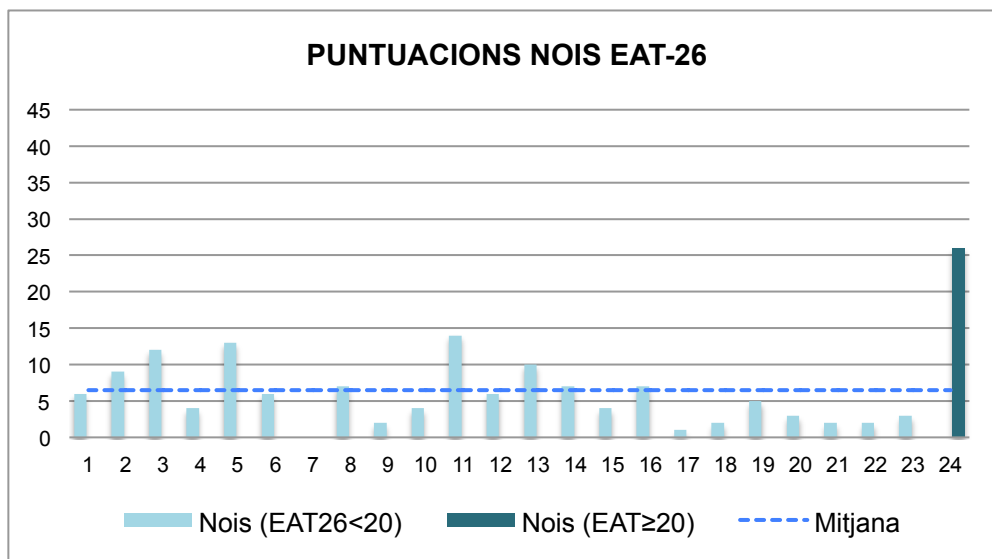


Figura 4. Puntuacions dels nois en l'EAT-26. Elaboració pròpia.

Pel que fa a la distinció entre gèneres, s'observa com les noies van obtenir una puntuació mitjana de 10.97 punts, lleugerament superior en comparació amb els nois ( $M = 6.46$ ). No obstant això, es veu una alta variabilitat en les puntuacions, tant en la mostra total, com en el cas dels nois i, sobretot, de les noies, a causa d'una mostra heterogènia (veure Taula 4).

De les 39 noies que van respondre el qüestionari, 8 d'elles presentaven una puntuació igual o superior a 20; el que suposava que un 20.51% de les noies de la mostra presentaven símptomes relacionats amb un TCA. En canvi, pel que fa als nois, dels 24 que van respondre el qüestionari, només 1 d'ells va puntuar igual o superior a 20; per tant, un 4.17% dels nois de la mostra presentaven risc de desenvolupar un TCA. Així, els nois presentaven menys risc de patir un TCA que les noies. Tenint en compte el

total de la mostra, dels 9 casos identificats en risc de presentar un possible TCA, 8 eren noies (88.89%) i només 1 era noi (11.11%). Per tant, s'identifiquen molts més casos de noies que de nois.

#### **Anàlisi dels factors de l'EAT-26:**

	Mostra total N=63		Nois n=24		Noies n=39		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Dieta	25.38	13.87	6.31	7.79	19.08	12.35	0.01*
Bulímia i preocupació pel menjar	12.5	8.67	3.5	3.83	9	5.69	0.03*
Control oral	26.14	11.31	8	5.45	18.14	9.15	0.04*

Nota:  $p < 0.05$

**Taula 5. Mitjanes i desviacions estàndard dels factors de l'EAT-26. Elaboració pròpia.**

A continuació s'analitzen les puntuacions obtingudes en els 3 factors que configuren el qüestionari EAT-26: *dieta*, *bulímia i preocupació pel menjar*, i *control oral*. S'observa com el factor control oral és el que representava més risc, seguit del factor dieta i, per últim, molt menys puntuat, el factor bulímia (veure Taula 5).

Pel que fa a la comparació segons gèneres dels factors de l'EAT-26, s'identifica com en el cas de les noies, el factor dieta és el que més repercussió tenia (M=19.08), seguit del control oral (M=18.14) i, finalment la bulímia i preocupació pel menjar (M=9). En canvi, en el cas dels nois s'inverteix l'ordre dels dos primers, quedant el control oral en primer lloc (M=8), la dieta en segon (M=6.31) i la bulímia i preocupació pel menjar en últim lloc (M=3.5).

En els 3 factors, es va obtenir una diferència significativa entre el gènere femení i masculí.

#### **Anàlisi de les preguntes de l'EAT-26:**

Eating Attitudes Test (EAT-26)	Mai	Rarament	Algunes vegades	Sovint	Molt sovint	Sempre	TOTAL
1. Em fa molta por pesar massa	20	14	8	6	4	11	47
2. Procuo no menjar encara que tingui gana	26	14	16	2	4	1	13
3. Em preocupo molt pel menjar	15	13	18	8	7	2	28

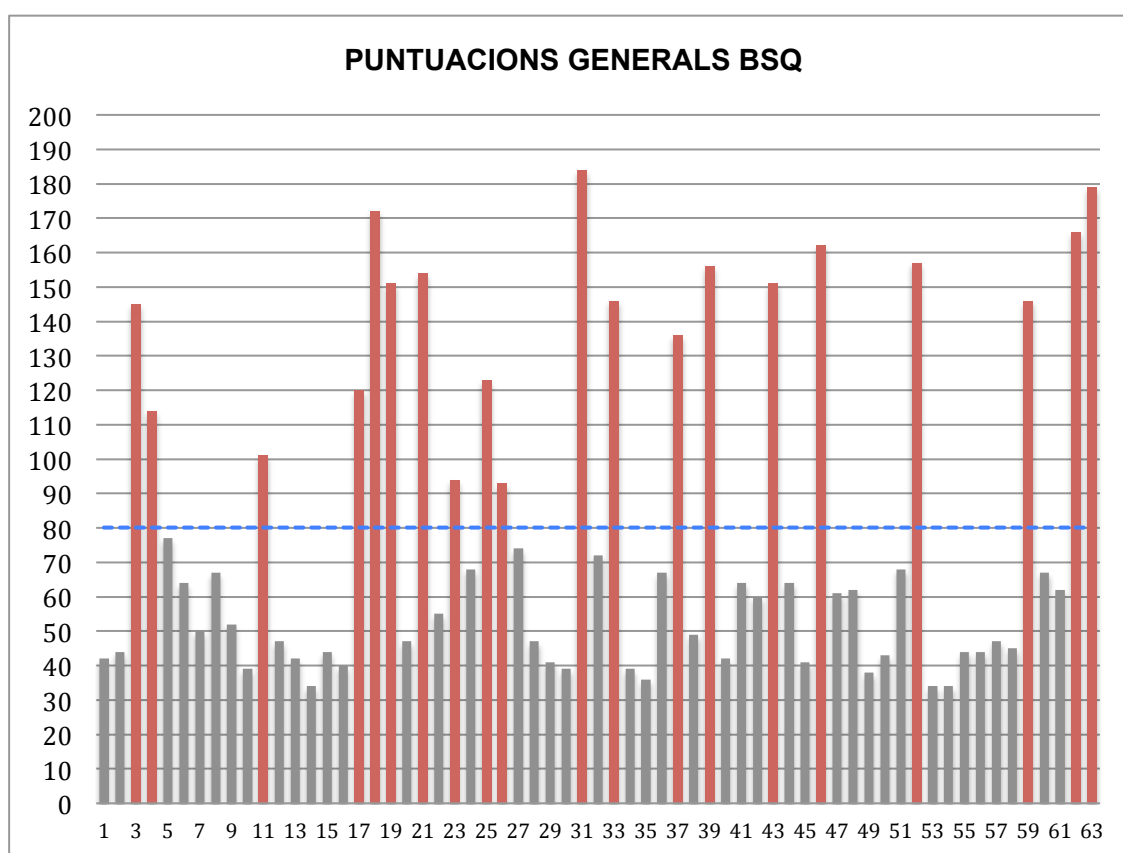
4.	A vegades m'he "afartat" de menjar, sentint que era incapaç de parar de menjar	24	17	17	2	1	2	10
5.	Tallo els meus aliments en trossos petits	11	15	16	10	7	4	36
6.	Tinc en compte les calories que tenen els aliments que menjo	33	12	7	7	4	0	15
7.	Evito, especialment, menjar aliments amb molts hidrats de carboni (per exemple pa, arròs, patates, etc.)	35	12	8	5	2	1	12
8.	Noto que els altres preferirien que jo mengés més	31	15	5	4	3	5	25
9.	Vomito després d'haver menjat	55	4	2	0	2	0	4
10.	Em sento molt culpable després de menjar	40	12	3	3	4	1	14
11.	Em preocupa el desig d'estar més prim/a	29	10	10	5	3	6	29
12.	Faig molt exercici per cremar calories	12	16	13	7	9	6	43
13.	Els altres pensen que estic massa prim/a	27	14	9	7	2	4	23
14.	Em preocupa la idea de tenir grassa al cos	17	16	9	4	9	8	46
15.	Tardo més que les altres persones menjant	10	14	20	6	3	10	42
16.	Procuo no menjar aliments amb sucre	18	16	15	10	4	0	18
17.	Menjo aliments de règim	22	20	15	1	5	0	11
18.	Sento que els aliments controlen la meua vida	35	10	7	8	1	2	16
19.	Em controlo als àpats	14	15	18	5	6	5	32
20.	Noto que els altres em pressionen perquè mengi	31	14	12	2	2	2	12
21.	Passo massa temps pensant i ocupant-me del menjar	27	22	8	2	3	1	11
22.	Em sento incòmode després de menjar dolços	39	8	8	3	2	3	16
23.	Em comprometo a fer règim	22	20	9	5	6	1	20
24.	M'agrada sentir l'estómac buit	37	9	8	2	5	2	18
25.	Gaudeixo tastant menjars nous i saborosos	6	7	9	10	9	22	41
26.	Tinc ganes de vomitar després dels àpats	52	2	6	1	1	1	6

**Taula 6. Anàlisi de les preguntes de l'EAT-26. Elaboració pròpia.**

A la Taula 6 es presenta detallat el nombre de persones que ha marcat cada resposta i, a l'última columna, la puntuació global obtinguda a cada pregunta, tenint en compte que la resposta "sempre" equival a 3 punts, la resposta "molt sovint" equival a 2, la resposta "sovint" equival a 1, i la resta de respostes equivalen a 0. S'observa com els ítems 1, 14 i 12 són els que es van puntuar amb un valor més elevat. Si desglossem les puntuacions globals d'aquestes preguntes segons el gènere, obtenim: per l'ítem 1, dels 47 punts 2 van ser dels nois i 45 de les noies; per l'ítem 14, dels 46 punts 4 van ser dels nois i 42 de les noies; i per l'ítem 12, dels 43 punts, 28 van ser dels nois i 15 de les noies.

## 2. Avaluació de la insatisfacció corporal en funció del qüestionari BSQ

### Dades del total de la mostra:



**Figura 5. Puntuacions generals del BSQ. Elaboració pròpia.**

Analitzant la insatisfacció corporal del total de la mostra (N = 63), s'assoleix una puntuació mitjana del BSQ de 80.10 punts. S'identifiquen 20 subjectes que van puntuar per sobre de la mitjana (un 31.75% del total de la mostra) i 13 que van puntuar per sobre de la mitjana que va obtenir la mostra de dones amb bulímia a l'estudi de Cooper et al., 1987 (M=136.9).

### Diferències entre gènere masculí i femení:

	N	(%)	M	DE
TOTAL MOSTRA	63	(100)	80.10	46.58
NOIS	24	(38.10)	52.83	25.49
NOIES	39	(61.90)	96.87	48.87

**Taula 7. Valor de la mostra, la mitjana i la desviació estàndard en el BSQ. Elaboració pròpia.**

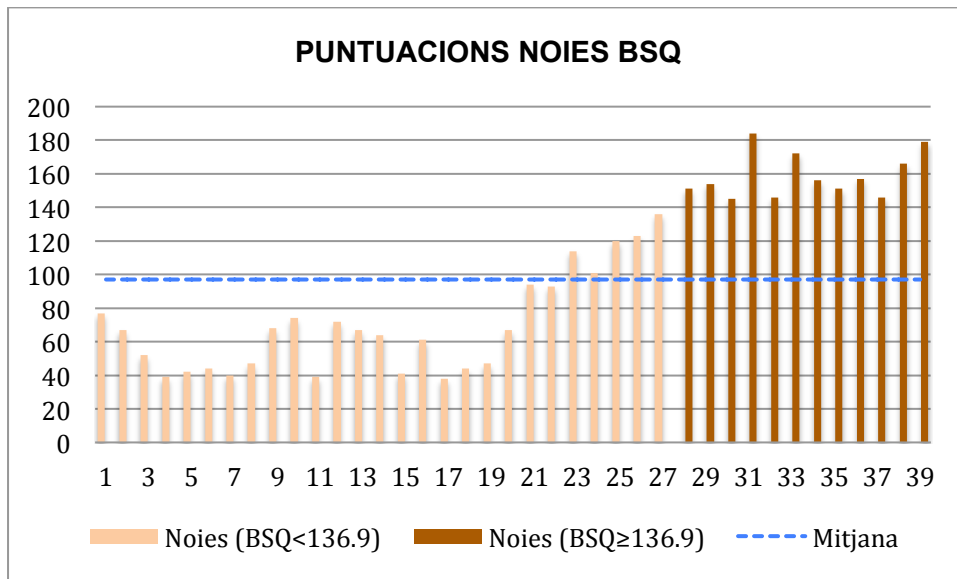


Figura 6. Puntacions de les noies en el BSQ. Elaboració pròpia.

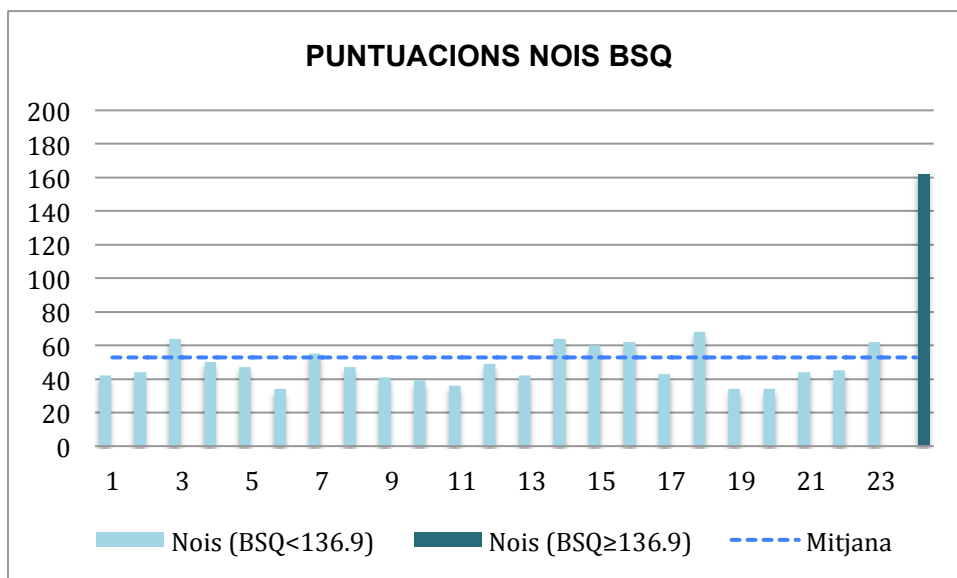


Figura 7. Puntacions dels nois en el BSQ. Elaboració pròpia.

Analitzant i comparant la insatisfacció corporal segons gèneres, s'observa les majors puntuacions entre les noies ( $M=96.87$ ) en comparació amb els nois ( $M=52.83$ ), indicant una major insatisfacció corporal entre les noies respecte als nois. De les 39 noies que van respondre el qüestionari, 12 d'elles (30.77%) van presentar una elevada insatisfacció amb el cos ( $BSQ>136.9$ ). Pel que fa als nois, dels 24 que van respondre el qüestionari, només 1 d'ells (4.17%) va puntuar per sobre de 136.9. Així, dels 13 casos amb una elevada insatisfacció corporal ( $BSQ>136.9$ ), 12 eren noies (92.31%) i només 1 era un noi (7.69%).

## Anàlisi dels factors del BSQ:

	Mostra total N=63		Nois n=24		Noies n=39		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Preocupació pel pes en connexió amb la ingesta	146.86	17.23	35.71	4.86	111.14	13.58	0.00*
Preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat	135.25	26.59	37.25	5.38	98	21.64	0.01*
Insatisfacció i preocupació corporal general	129.67	17.90	31.33	1.53	98.33	17.15	0.02*
Insatisfacció corporal respecte la part inferior del cos	173	1.41	41.5	2.12	131.5	3.54	0.03*
Utilització del vòmit o laxants per reduir la IC	72	21.21	10.5	0.71	61.5	20.51	0.17

Nota:  $p < 0.05$

**Taula 8. Mitjanes i desviacions estàndard dels factors del BSQ. Elaboració pròpia.**

A continuació s'analitzen les puntuacions obtingudes en els 5 factors que configuren el qüestionari BSQ: *preocupació pel pes en connexió amb la ingesta*, *preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat*, *insatisfacció i preocupació corporal general*, *insatisfacció corporal respecte la part inferior del cos (cuixes, malucs i natges)*, i *utilització del vòmit o laxants per reduir la insatisfacció corporal*. S'observa com el factor insatisfacció corporal respecte la part inferior és el que més repercussió tenia en la mostra total, seguit de la preocupació pel pes en connexió amb la ingesta, la preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat, la insatisfacció o preocupació corporal general i, finalment, la utilització del vòmit o laxants per reduir la insatisfacció corporal (veure Taula 8).

Pel que fa a la comparació segons gèneres dels factors del BSQ s'observa com en ambdós gèneres la *insatisfacció corporal respecte la part inferior del cos* és el factor que més repercussió té. En el cas de les noies, els factors que el segueixen són la *preocupació pel pes en connexió amb la ingesta*, la *insatisfacció i preocupació corporal general*, la *preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat* i, finalment, la *utilització del vòmit o laxants per reduir la insatisfacció corporal*. En el cas dels nois, la *preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat* està en segon lloc.

En els factors preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat, insatisfacció i preocupació general i insatisfacció corporal respecte la part inferior del cos, es van obtenir diferències significatives entre ambdós gèneres ( $p < 0.05$ ).

### Anàlisi de les preguntes del BSQ:

Body Shape Questionnaire	Mai	Rarament	Algunes vegades	Sovint	Molt sovint	Sempre	TOTAL
1. Quan t'has avorrit t'has preocupat per la teva figura?	14	14	0	6	6	9	150
2. T'has preocupat tant per la teva figura que has pensat que t'hauries de posar a dieta?	24	12	0	5	6	10	158
3. Has pensat que tenies les cuixes, malucs o natges massa grans amb relació a la resta del teu cos?	24	11	0	3	6	9	142
4. Has tingut por a engreixar-te?	12	16	0	1	6	13	156
5. T'ha preocupat que la teva carn no sigui prou ferma?	26	18	0	5	2	3	110
6. Sentir-te ple/na (després d'un gran àpat) t'ha fet sentir "gordo/a"?	23	16	0	6	5	7	146
7. T'has sentit tan malament amb la teva figura que has arribat a plorar?	41	2	0	4	6	8	139
8. Has evitat córrer perquè la teva carn no botés?	45	5	0	2	5	3	83
9. Estar amb noies/es prims/es t'ha fet fixar amb la teva figura?	29	10	0	3	4	10	141
10. T'ha preocupat que les teves cuixes s'eixamplin quan seus?	26	9	0	5	7	9	153
11. El fet de menjar poc menjar t'ha fet sentir "gordo/a"?	41	8	0	6	1	3	104
12. En fixar-te en la figura d'altres nois/es, l'has comparat amb la teva desfavorablement (la teva)?	13	17	0	4	7	10	158
13. Pensar en la teva figura ha interferit en la teva capacitat de concentració (quan mires la TV, llegeixes o mantens una conversa)?	35	9	0	6	3	4	116
14. Estar despulrat (per exemple quan et dutxes) t'ha fet sentir "gordo/a"?	32	10	0	2	6	7	132
15. Has evitat portar roba que marqui la teva figura?	24	15	0	0	6	8	132
16. T'has imaginat tallant parts grosses del teu cos?	37	10	0	0	5	6	118
17. Menjar gormanderies, pastissos o altres aliments amb moltes calories t'ha fet sentir "gordo/a"?	36	10	0	3	6	3	114
18. Has evitat anar a actes socials (per exemple una festa) perquè t'has sentit malament amb la teva figura?	45	6	0	2	3	3	98
19. T'has sentit excessivament "gordo/a" o arrodonit/da?	39	6	0	8	4	4	127
20. T'has sentit acomplexat/da pel teu cos?	20	16	0	3	5	11	155
21. Preocupar-te per la teva figura t'ha fet posar a dieta?	33	10	0	3	6	3	113
22. T'has sentit més a gust amb la teva figura quan el teu estómac estava buit (per exemple al dematí)?	24	15	0	6	4	10	158
23. Has pensat que la figura que tens és deguda a la teva falta d'autocontrol?	35	9	0	2	3	6	112

24. T'ha preocupat que altra gent vegi "mixelins" al voltant de la teva cintura o estómac?	34	8	0	4	1	11	137
25. Has pensat que no és just que altres nois/es siguin més primos que tu?	38	4	0	3	7	4	117
26. Has vomitat per sentir-te més prim/a?	54	1	0	1	0	2	72
27. Quan estàs amb altres persones t'ha preocupat ocupar massa espai (per exemple seure a un sofà o a l'autobús)?	39	11	0	0	3	6	112
28. T'ha preocupat que la teva carn tingui pell de taronja (cel·lulitis)?	45	6	0	5	1	1	88
29. Veure't reflectit/da en un mirall o aparador t'ha fet sentir malament per la teva figura?	28	11	0	3	8	5	132
30. T'has pessigat zones del cos per veure quanta grassa tenies?	25	12	0	3	10	6	147
31. Has evitat situacions en les quals la gent pogués veure el teu cos (per exemple a vestidors comuns de piscines o dutxes)?	28	8	0	7	4	10	152
32. Has pres laxants per sentir-te més prim/a?	57	3	0	2	1	0	76
33. T'has fixat més en la teva figura estant acompanyat d'altres persones?	27	11	0	4	5	9	144
34. La preocupació per la teva figura t'ha fet pensar que hauries de fer exercici?	23	12	0	2	12	8	163

**Taula 9. Anàlisi de les preguntes del BSQ. Elaboració pròpia.**

A la Taula 9 es presenta detallat el nombre de persones que ha marcat cada resposta i, a l'última columna, la puntuació global obtinguda a cada pregunta, tenint en compte que la resposta "sempre" equival a 6 punts, la resposta "molt sovint" equival a 5, la resposta "sovint" equival a 4, la resposta "alguna vegada" equival a 3, la resposta "rarament" equival a 2 i la resposta "mai" equival a 1 punt. S'observa com els ítems 34, 1, 12 i 22 són aquells en els quals es va assolir puntuacions més elevades i en tots ells, van ser les noies qui van obtenir majors puntuacions.

### 3. Relació de l'IMC amb la simptomatologia relacionada amb els TCA:

Baix pes	Saludable				Sobrepès				Obesitat
	63	42	83	67	87	89	92	91	

**Taula 10. Percentil de l'IMC dels casos amb risc de TCA. Elaboració pròpia.**

Dels 9 casos amb simptomatologia relacionada amb TCA, es van poder calcular els percentils de 8 d'ells. El subjecte que falta no s'inclou en la present anàlisi ja que per motius aliens a l'estudi, no se li permetia conèixer el seu pes i, per tant, no va ser possible calcular el seu IMC. Així els percentils que es van obtenir són: 63, 42, 83, 67, 87, 89, 92 i 91; s'observa doncs que 4 (50%) presenten un pes normal i 4 (50%) presenten sobrepès (veure Taula 10).



4. Relació de la insatisfacció corporal amb la simptomatologia relacionada amb els TCA:

<b>EAT26≥20</b>	20	21	39	20	26	22	26	41	30
<b>BSQ</b>	145*	114	184*	156*	162*	157*	146*	166*	179*

Nota: BSQ ≥ 136.9

**Taula 11. Puntuació del BSQ en els casos d'EAT-26 ≥ 20. Elaboració pròpia.**

<b>EAT26&lt;20</b>	6	9	2	12	4	3	6	10	2
<b>BSQ</b>	42	44	77	64	50	67	52	39	101
<b>EAT26&lt;20</b>	13	0	6	1	1	14	13	11	3
<b>BSQ</b>	47	42	34	44	40	120	172*	151*	47
<b>EAT26&lt;20</b>	13	0	3	5	10	19	8	7	2
<b>BSQ</b>	154*	55	94	68	123	93	74	47	41
<b>EAT26&lt;20</b>	7	5	6	4	14	5	10	6	10
<b>BSQ</b>	39	72	146*	39	36	67	136	49	42
<b>EAT26&lt;20</b>	7	4	16	10	1	7	7	8	1
<b>BSQ</b>	64	60	151*	64	41	61	62	38	43
<b>EAT26&lt;20</b>	2	5	3	2	1	0	2	9	3
<b>BSQ</b>	68	34	34	44	44	47	45	67	62

Nota: BSQ ≥ 136.9

**Taula 12. Puntuació dels BSQ en els casos d'EAT < 20. Elaboració pròpia.**

Analitzant la relació entre la insatisfacció corporal i el risc de desenvolupar un possible TCA, s'observa com tots els casos amb simptomatologia relacionada amb els TCA (EAT-26 ≥ 20), excepte en un cas, van obtenir una puntuació en el BSQ superior a 136.9, és a dir un 88.89% (veure Taula 11). En canvi, dels 54 casos que van assolir una puntuació de l'EAT-26 < 20, només 5 van obtenir una puntuació en el BSQ superior a 136.9, és a dir un 9.26% (veure Taula 12). Per tant, la insatisfacció corporal va ser determinant a l'hora de presentar simptomatologia relacionada amb els TCA (p=0.00).

## 5. Proposta de taller

Tenint en compte l'evidència científica fins al moment sobre els TCA, les experiències de programes de prevenció de TCA previs i els resultats obtinguts a partir de la bateria de qüestionaris autoadministrats a 63 alumnes de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada, es fa una proposta de taller per tal de treballar aspectes clau en la prevenció primària dels TCA, com són l'autoestima i la percepció corporal.

### Objectius del taller:

- Impulsar una actitud crítica envers el model sociocultural estètic.
- Promoure una autoimatge corporal positiva.
- Desenvolupar l'autoestima i l'autoconcepte com a factors protectors davant els TCA.

### Intervenció del taller:

Aquest taller està plantejat per dur-se a terme dins el Pla d'Acció Tutorial (PAT), amb la col·laboració del professorat d'educació física del nivell. S'integra dins l'horari escolar, amb el professor habitual present a les dues sessions, per tal de contribuir al bon funcionament del taller i facilitar el treball en petit grup. Consta de dues sessions de 90 minuts cada una, on es pretén treballar la imatge corporal en la primera i l'autoestima i l'autoconcepte en la segona. Les activitats estan dissenyades per portar-se a terme en petit grup, per tal de fomentar el debat entre l'alumnat i treballar cognitiva, emocional i conductualment. S'emprarà una metodologia pedagògica activa, participativa i experiencial, per tal que sigui interactiva i tot l'alumnat s'impliqui a les activitats, puix que es busca la modificació d'actituds i conductes.

### Estructura del taller:

SESSIONS	CONTINGUTS	ACTIVITATS
Sessió 1	Imatge corporal	Dibuix figura humana "ideal" (Duració: 20 minuts) Anàlisi d'un anunci (Duració: 30 minuts) La vestimenta en l'esport (Duració: 30 minuts)
Sessió 2	Autoestima i autoconcepte	Arbre d'autoestima (Duració: 30 minuts) De tu m'agrada... (Duració: 25 minuts) Per què no em canviaria per una altra persona? (Duració: 25 minuts)

Taula 13. Estructura taller per a l'alumnat de 3r d'ESO del Quercus. Elaboració pròpia.

## Descripció de les sessions: objectius i dinàmiques.

Sessió 1. Imatge corporal	
Objectius	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar un model estètic corporal més adequat davant el culte al cos prim</li> <li>- Promoure la reflexió sobre el model estètic corporal femení i sobre el cos de la dona com a objecte per ser avaluat i observat.</li> <li>- Conscienciar de la necessitat de ser crítics davant de la publicitat i les influències socioculturals</li> <li>- Augmentar l'acceptació de la pròpia imatge corporal</li> </ul>
Dinàmiques	<p><b>1. Dibuix figura humana "ideal":</b> cada alumne dibuixa la figura ideal pel seu mateix sexe i després se'ls intercanvien. Cada un haurà d'analitzar el dibuix que li ha tocat i dir en veu alta el seu punt de vista. El mediador intervé i fa reflexionar, explicant que "cada persona té la seva pròpia figura i ha d'acceptar-la sense angoixar-se ni intentar aconseguir un tipus ideal de cos prim tan irreal com poc saludable". (Extret del projecte ZARIMA).</p> <p><b>2. Anàlisi d'un anunci:</b> es visualitza un anunci on s'utilitza la cosificació del cos de la dona (p. ex. l'anunci de Cervesa Guinness del 2013) i en petits grups han d'analitzar el missatge publicitari i reflexionar sobre els efectes que produeix a l'espectador, quins valors implícits intenta transmetre i quines tècniques s'utilitzen. A continuació, un portaveu de cada petit grup exposarà al gran grup la reflexió que han fet i es debatrà si els missatges que transmet la publicitat sobre el model estètic poden afectar negativament els sentiments d'una persona respecte si mateixa. (Adaptat del programa "Alimentació, model estètic femení i mitjans de comunicació").</p> <p><b>3. La vestimenta en l'esport:</b> es mostraran imatges d'esportistes d'ambdós sexes competint (de vòlei, gimnàstica esportiva, llançament de pes, etc.). En petits grups han de discutir per què són diferents les vestimentes dels homes i les dones, si practiquen el mateix esport, i per què en uns esports a les dones se'ls exigeix anar amb top i calces (vòlei) i en altres no (llançament de pes). A continuació, un portaveu de cada petit grup exposarà al gran grup les reflexions i es debatrà sobre el fet que en l'esport femení es prioritzi l'estètica per davant de la qualitat esportiva, i sobre el fet que en el cas de les llançadores se les deixa anar més tapades perquè es considera que el seu cos no compleix amb els cànons de bellesa femenins.</p>

Taula 14. Primera sessió del taller. Elaboració pròpia.

Sessió 2. Autoestima i autoconcepte	
Objectius	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre consciència de les qualitats i èxits propis</li> <li>- Aprendre a reconèixer les pròpies qualitats a través de la reflexió i dels missatges dels altres</li> <li>- Millorar l'autoavaluació i l'autoconcepte</li> </ul>
Dinàmiques	<p><b>1. Arbre de la meva autoestima:</b> cada alumne, en un full en blanc, ha d'escriure en una columna els "èxits" o metes aconseguides (no cal que siguin grans metes), de major a menor importància; i en una altra columna les seves qualitats físiques, espirituals o mentals. A continuació, en un altre full, han de dibuixar un arbre i escriure els èxits als fruits de l'arbre i les qualitats a les arrels. Finalment, l'han de contemplar durant uns minuts individualment. (Extret del projecte ZARIMA).</p> <p><b>2. De tu m'agrada...:</b> cada alumne té un paper en blanc enganxat a l'esquena i un bolígraf. En subgrups, han d'escriure al paper dels companys/es una qualitat física i un adjectiu que els defineixi i que els agradi d'aquella persona. Amb el subgrup es comparteix en veu alta quines qualitats i adjectius han escrit a cada un. A continuació s'explicarà que és important dir les coses que ens agraden dels altres, ja que tothom en té i ens agrada que ens les diguin de tant en tant. Finalment, es fa una posada en comú de com ens hem sentit.</p> <p><b>3. Per què no em canviaria per una altra persona?</b> Cada alumne ha d'escriure en un paper el motiu pel qual no es canviaria per una altra persona. En petit grup es comparteix en veu alta el què ha escrit cada un. Finalment, es fa una posada en comú de com ens hem sentit.</p>

Taula 15. Segona sessió del taller. Elaboració pròpia.

## 6. Discussió

### Prevalença de TCA

Aquest estudi ha estat realitzat a la població adolescent de 14 a 15 anys, que cursa 3r d'ESO a l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada. L'adolescència és un moment crític d'aparició dels TCA, perquè és una etapa de canvis morfològics, de cerca d'identitat i de crisi vital (Losada i Bidau, 2017), i és en aquesta etapa que es comença a percebre la valoració de la pròpia imatge amb relació al grup d'iguals (González et al., 2003).

A causa de la baixa prevalença de TCA en el gènere masculí, la majoria d'estudis epidemiològics no inclou aquesta població. Són molts els autors que sostenen una prevalença major en el gènere femení, tals com Torres i Torres (2021) i Córdoba et al. (2015). En aquest cas s'han inclòs els dos gèneres a la mostra per tal de ser estudiats.

En el nostre estudi, trobem un percentatge d'adolescents amb risc de TCA (EAT-26  $\geq 20$ ) del 14.29%. Si diferenciem per gèneres s'assoleix: a) noies amb risc de TCA, 20.51%; b) nois amb risc de TCA, 4.17%. Per motius de falta de recursos, no s'ha estudiat la prevalença real de TCA en aquesta població. Per fer-ho, s'hauria d'haver realitzat una entrevista amb un professional especialitzat als alumnes que presentaven risc i, de forma aleatoritzada, als alumnes que han puntuat per sota del punt de tall. Per tant, aquestes xifres representen la població amb risc de TCA, no la prevalença real. De totes maneres, l'objectiu d'aquest estudi era conèixer el risc de TCA entre la població estudiada, així com la insatisfacció corporal, que servís de punt de partida per al disseny de la proposta d'intervenció. En cap cas es pretenia diagnosticar a la població estudiada de TCA.

Segons el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), a Espanya, entre la població de major risc (dones d'entre 12 i 21 anys), s'ha descrit una prevalença del 0.14-0.90% per l'AN, del 0.41-2.90% per la BN i del 2.76-5.30% pels TCANE. En total, estem parlant d'unes xifres de prevalença de TCA del 4.1 al 6.41%. En el cas dels homes, tot i haver-hi pocs estudis al respecte, la prevalença entre els adolescents és del 0% per l'AN, del 0-0.36% per la BN i del 0.18-0.77% pels TCANE, amb una prevalença total del 0.27 al 0.90%.

Així doncs, les xifres d'aquest treball es troben per sobre del rang dels diferents estudis realitzats a Espanya en població adolescent, no oblidem, però, que tal com s'ha comentat anteriorment, el present estudi simplement posa de manifest el percentatge d'adolescents amb risc de TCA, però caldria un estudi més exhaustiu per determinar quants d'aquests presenten realment un TCA. També, el fet de tenir una

mostra tan petita fa que no sigui representativa de la població d'aquesta franja d'edat. I el fet de respondre els qüestionaris un 60% de la possible mostra, podria estar esbiaixant els resultats, ja que podria haver respost la gent que ja tenia un interès o inquietud previs amb relació als hàbits alimentaris i a la imatge corporal.

Pel que fa a l'anàlisi dels factors de l'EAT-26, observem, en primer lloc, una forta percepció de control oral, és a dir, d'autocontrol en la ingesta i de pressió per part de l'entorn per guanyar pes (M=26.14; DE=11.31) i, en segon lloc, una gran preocupació pel menjar (M=25.38; DE=13.87). El factor que ha obtingut una puntuació més baixa ha estat la bulímia i preocupació pel menjar (M=12.5; DE=8.67), segurament perquè les conductes compensatòries purgatives se solen amagar, per culpa, vergonya o per evitar suspendre-les (Gaete i López, 2020). En canvi, en els factors dieta i control oral s'han obtingut puntuacions semblants (M=25.38; DE=13.87 i M=26.14; DE=11.31, respectivament). Les puntuacions són significativament més altes en les dones pels 3 factors ( $p < 0.05$ ), de manera que desenvolupar estratègies de prevenció precoç, especialment en el col·lectiu de major risc, les noies, serà vital per prevenir futurs TCA i ajudar que la recuperació sigui més ràpida i eficient (Cipatli i David, 2019).

Fent una anàlisi més acusat, de les respostes aconseguides en cada pregunta de l'EAT-26, observem que les més puntuades són la por a pesar massa (ítem 1) i a tenir grassa al cos (ítem 14); el que ens reafirma aquesta necessitat de treballar la imatge corporal, així com l'autoestima i l'autoacceptació. Per a molts adolescents, l'autoestima queda supeditada a estar prim i engreixar-se és sinònim de fracàs (Ruiz, 1999), provocat per aquest culte al cos prim imposat per la cultura i la societat (Vilà, 2019). Per tant, cal enfocar el treball preventiu a reforçar l'autoestima i a fomentar un model estètic adequat, perquè no entenguin l'aparença com el pilar fonamental de l'èxit a la vida i s'acceptin a si mateixos sense prioritzar únicament l'aspecte físic (Sancho i Alberola, 2016; Gismoro, 2020). Si desglossem aquestes puntuacions segons el gènere, podem observar que els nois han obtingut puntuacions baixes (2 i 4 punts, respectivament). En canvi, són les noies les que han puntuat alt (45 i 42 punts, respectivament), reafirmant la Teoria de l'Objectivació, descrita per Fredrickson i Roberts (1997), la qual ressalta que el cos de la dona és socialment construït com un objecte per ser observat i avaluat d'acord amb l'aparença.

Finalment, crida l'atenció la pregunta 12, que fa referència al fet de fer exercici per cremar calories. Aquesta ha estat la tercera més puntuada i si desglossem la puntuació segons el gènere, obtenim una puntuació de 15 punts per les noies i de 28 punts pels nois. En ambdós casos, l'exercici és quelcom que tenen associat al pes i a la imatge corporal, i no pas a la salut. Sembla que els nois tenen més arrelat fer

exercici que les noies, però amb aquestes dades no podem determinar el motiu pel qual el fan (si és per perdre pes o per guanyar massa muscular).

### **Factors de risc associats als TCA**

Tot i que els estudis epidemiològics més adequats per estudiar els factors de risc dels TCA són els de disseny longitudinal, aquests són més complicats i sobretot comporten un cost econòmic i de temps del qual no es disposava en l'estudi present. És per això que s'ha portat a terme un estudi transversal, el qual permet obtenir una informació coherent sobre el desenvolupament d'aquests trastorns. En aquest estudi únicament s'han analitzat tres factors de risc dels TCA: el gènere, la insatisfacció amb la imatge corporal i l'IMC.

En referència al gènere, objectivem en aquest estudi que ser dona és un factor de risc de TCA, ja que dels nou adolescents que han obtingut una puntuació  $EAT-26 \geq 20$ , només un d'ells era noi (11.11%) i les altres vuit (88.88%) eren noies. Urzúa et al., citats a Gaete i López (2020) xifren una prevalença entre 8.3 i 23% major en les dones. L'explicació podria trobar-se en la pressió social sobre la idealització del cos prim i esvelt que recau sobre les dones (Losada i Bidau, 2017; González et al., 2003).

La insatisfacció amb la imatge corporal ha demostrat ser un gran predictor dels TCA (Gaete i López, 2020). Durant l'adolescència, els canvis físics i psicosocials poden portar a distorsionar la pròpia imatge corporal (Fajardo et al., 2017; García et al., 2006). Analitzant la insatisfacció corporal del total de la mostra ( $N=63$ ), s'han obtingut uns valors mitjans (80.10 punts) semblants als que es van obtenir a l'estudi de Cooper et al. (1987), citat a Raich et al. (1996) amb dones de població no clínica (81.5 punts). En canvi, en aquest últim estudi, les pacients amb bulímia van puntuar de mitjana 136.9 punts. Analitzant la mostra amb simptomatologia relacionada amb els TCA ( $N=9$ ) trobem una associació entre la insatisfacció amb la figura, mesurada amb el BSQ, i la presència de risc de TCA en ambdós gèneres, puix que dels 9 casos amb un  $EAT-26 \geq 20$ , 8 d'ells van obtenir també un  $BSQ \geq 136.9$  (88.89%). Observem, també, que la insatisfacció corporal és molt més freqüent en el gènere femení que en el masculí ( $n_{BSQ > 136.9} = 12$  vs  $n_{BSQ > 136.9} = 1$ , respectivament). Això pot ser degut al fet que els estereotips corporals entre els dos gèneres varien àmpliament. Mentre que l'ideal de bellesa femenina és marcat per un cos prim i fràgil (Quiles, 2002), l'estereotip corporal masculí s'identifica amb un cos vigorós i robust (Ortega, citat a Vilà, 2019). En aquest sentit, el BSQ podria no ser adequat per detectar insatisfacció corporal en homes, ja que fa molta referència als ideals de bellesa femenins.

Pel que fa a l'anàlisi dels factors del BSQ, observem que la insatisfacció corporal respecte la part inferior del cos és el més preocupa (M=173), seguit de la preocupació pel pes en connexió amb la ingesta (M=146.86), de la preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat (M=135.25), de la insatisfacció i preocupació corporal general (M=129.67) i, finalment, de la utilització del vòmit o laxants per reduir la insatisfacció corporal (M=72). Si fem aquesta anàlisi per cada un dels gèneres (masculí i femení), l'única diferència amb els resultats de la mostra total és, en el cas de les noies, que la insatisfacció i preocupació corporal general queda en tercera posició i, en el cas dels nois, que la preocupació pels aspectes antiestètics de l'obesitat queda en segon lloc. Cal destacar que en tots els factors, igual que en el recompte global del BSQ, les noies puntuen molt per sobre dels nois ( $p < 0.05$ , excepte en l'últim factor), posant de manifest la pressió sociocultural exercida sobre el cos de la dona especialment (González et al., 2003).

Analitzant les respostes obtingudes en cada pregunta del BSQ, observem que les més puntuades són pensar a fer exercici a causa de la preocupació per la figura (ítem 34), pensar a fer dieta a causa de la preocupació per la figura (ítem 2), la comparació desfavorable de la figura pròpia amb la dels altres (ítem 12) i el fet de sentir-se més a gust amb la figura quan l'estómac està buit (ítem 22). Així es reafirma, per una banda, com la pràctica de dietes restrictives o d'exercici poden ser una "sortida fàcil" davant la insatisfacció amb la pròpia aparença (Gismero, 2020) i, per l'altra, que les comparacions corporals amb els companys/es influeixen en la concepció de la imatge corporal (Carey et al., 2014).

Pel que fa a l'IMC de la mostra amb risc de patir un TCA, trobem que un 50% (n=4) presenta un pes normal i un 50% (n=4) presenta sobrepès, segons el percentil que representa el seu pes en funció de l'edat. El sobrepès i l'obesitat poden comportar una insatisfacció amb el propi cos que predisposi a utilitzar estratègies extremes com les dietes restrictives, el dejuni, l'ús inadequat de laxants o fins i tot el vòmit autoinduït, amb la idea d'aconseguir el pes ideal (Fajardo et al., 2017). Tanmateix, la mostra és massa petita i els resultats no són conclouents. Ara bé, com s'ha observat anteriorment, el 88,89% dels casos amb simptomatologia relacionada amb els TCA (n=8) presentaven insatisfacció corporal (BSQ>136.9); en canvi, dels casos que no presentaven risc de patir un TCA (n=54), només 5 presentaven insatisfacció corporal (BSQ>136.9). Per tant, no estar satisfet amb el propi cos és determinant a l'hora de presentar simptomatologia relacionada amb els TCA ( $p=0.00$ ).

## 7. Conclusions

L'objectiu principal d'aquest estudi era elaborar una proposta de taller per prevenir els TCA destinat a l'alumnat de 3r d'ESO de l'Institut Quercus de Sant Joan de Vilatorrada. Per a l'elaboració del taller, va ser necessari conèixer, per una banda, la prevalença de casos amb simptomatologia relacionada amb els TCA de la mostra estudiada i, per l'altra, els factors de risc que influïen en la presentació d'aquesta simptomatologia. Es van obtenir els següents resultats:

El risc associat a TCA (EAT-26  $\geq 20$ ) entre els alumnes de 3r d'ESO de l'Institut Quercus, de Sant Joan de Vilatorrada, va ser del 14,29%. En el cas de les noies va ser del 20,51%. En el cas dels nois va ser del 4,17%. Aquestes xifres es troben per sobre de l'interval construït a partir dels estudis realitzats a Espanya, que determinen la prevalença de TCA en població adolescent (4.1-6.41% en les noies i 0.27-0.90% en els nois, segons el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). Caldria fer entrevistes amb un professional especialitzat per determinar de l'alumnat amb risc, quin percentatge presenta TCA i conèixer la prevalença de la mostra estudiada.

El gènere femení s'associa a risc de TCA, amb una puntuació mitjana en l'EAT-26 de 10,97 punts (4,51 punts per sobre de la del gènere masculí).

La insatisfacció amb la imatge corporal s'associa a risc de TCA en adolescents ( $p=0.00$ ), especialment en les noies (96,87 punts de mitjana en el BSQ, respecte als 52,83 punts dels nois). Per determinar la insatisfacció corporal en els nois, es recomana un qüestionari que faci referència específica als estereotips corporals masculins.

Els resultats de l'IMC no determinen si s'associa a risc de TCA, ja que la mostra no és significativa.

Identificar les actituds i factors de risc de TCA entre la població adolescent, tals com la insatisfacció corporal, és clau per poder desenvolupar estratègies de prevenció efectives per aquests trastorns (García et al., 2006; Gismero, 2020). El Document de la OMS "Salud para todos en el Siglo XXI" (2015) fa especial menció a la necessitat de treballar els hàbits de salut des dels centres escolars, per a la prevenció dels TCA. També Garrote i Palomares (2011) consideren que des dels centres educatius s'hauria de treballar per enfortir la personalitat dels alumnes, per tal de reduir l'impacte que tenen factors com la insatisfacció personal, el sentiment d'inseguretat, de buit, de menyspreu cap a un mateix o la falta de control sobre la pròpia vida. Així, afirmen que l'etapa escolar és el moment de formar els pilars propis de la personalitat i adquirir les



eines necessàries per, en el futur, fer front a la incertesa i a les pressions socials o del grup d'iguals.

Una de les finalitats més importants de l'educació física a l'Educació Secundària Obligatòria, marcada pel Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya (2017), és que els alumnes aprenguin a tenir cura de la seva salut. Així, a part dels coneixements i valoració dels efectes positius que comporta la pràctica d'activitat física regular, des de l'educació física cal promoure reflexions crítiques envers el model de cos que socialment es presenta com a ideal i dels possibles efectes contraris per a la salut derivats d'una mala pràctica de l'activitat esportiva.

Per tant, treballar les actituds i creences sobre la imatge corporal, així com els aspectes que enforteixen la personalitat (com l'autoacceptació, les relacions positives, el creixement personal o la disminució dels comportaments i cognicions relacionats amb els TCA) és tot un repte que cal encarar des dels centres educatius i, en concret, des del camp de l'ensenyament de l'educació física.

### **Limitacions de l'estudi**

Una de les principals limitacions de l'estudi ha estat que només s'han estudiat alguns factors de risc. Aquest fet, i també el tipus de disseny (transversal), limiten l'obtenció d'informació sobre els factors relacionats amb els TCA i el tipus de relació (causa, conseqüència, etc.). A més, la mida de la mostra ha estat petit; han contestat els qüestionaris 63 alumnes dels 105 que cursen 3r d'ESO a l'Institut Quercus (60%). Si es volguessin extrapolar les dades al total de la població d'aquesta franja d'edat, en l'hipotètic cas de portar a terme el taller a altres instituts, caldria una mostra més gran per a ser representativa.

Pel que fa als qüestionaris administrats, l'EAT-26 s'ha utilitzat per determinar quin percentatge d'alumnes presenta risc de desenvolupar un TCA. Per tal de descartar els falsos positius i els falsos negatius, i estudiar la prevalença de TCA en aquesta mostra, s'hauria hagut d'entrevistar personalment als alumnes que han puntuat per sobre el punt de tall i seleccionar aleatòriament alguns dels que han puntuat per sota. Ara bé, això hauria suposat, per una banda, descartar l'anonimat en els qüestionaris i, per l'altra, un cost econòmic que descartava aquesta opció.

Relacionat amb l'EAT-26, la tipologia de les preguntes d'aquest qüestionari van molt encaminades a la detecció de l'AN, de manera que és menys útil a l'hora de detectar possibles casos de BN o TCANE. Es va optar per no administrar més qüestionaris, ja que si era molt llarg hi havia el perill que l'alumnat no respongués a consciència. Això ha comportat que no es pogués obtenir informació per distingir els diferents tipus de

trastorn alimentaris presents en la població enquestada. No obstant això, l'EAT-26 és un qüestionari d'alta utilitat i d'àmplia utilització en adolescents, fet pel qual s'ha escollit per aquest estudi. Un altre factor que ha influït en la no elecció de més qüestionaris ha estat el fet que la patologia d'estudi és de baixa prevalença i fa difícil aconseguir informació fiable sobre diferències en les variables que s'estudiïn entre els diferents tipus de TCA (caldrà una mostra molt gran).

Una altra limitació de l'estudi té a veure amb el segon qüestionari administrat, el BSQ. Les preguntes d'aquest giren al voltant de l'ideal de cos prim i a la por a engreixar-se, de manera que no té en compte els estereotips corporals masculins i això pot suposar que els resultats no siguin fiables per aquest gènere.

Per acabar, en la comparativa entre gèneres en ambdós qüestionaris (EAT-26 i BSQ), tot i que en tots els factors (excepte en el factor utilització del vòmit o laxants per reduir la insatisfacció corporal del BSQ) s'hagin assolit valors significatius pel que fa a la diferència entre gèneres, els resultats podrien estar esbiaixats degut al fet de tenir una mostra de noies més gran (n=39), respecte als nois (n=24).

### **Línies d'investigació futura**

En un futur es podria realitzar aquest estudi amb una mostra més gran, així com amb una durada major, per tal de portar a terme el taller i passar de nou els qüestionaris després de la intervenció. D'aquesta manera es podrien obtenir resultats més significatius i es podria valorar l'efectivitat del taller. A més, es podrien avaluar més factors de risc, tals com els hàbits alimentaris, i també incloure més qüestionaris de diagnòstic de TCA per tal de distingir entre AN, BN i TCANE.

Una altra possible millora seria utilitzar un qüestionari diferent del BSQ per als nois, perquè aquest està molt enfocat a detectar la insatisfacció corporal amb relació als cànons de bellesa femenins (ideal de cos prim). Així, molts nois podrien no sentir-se identificats amb aquests estereotips i, per tant, obtenir una puntuació baixa en el BSQ i, en canvi, tenir una imatge corporal negativa, tal com s'ha comentat a la discussió.

En el cas de portar a terme el taller, seria interessant implicar també a la família, tal com es proposa en els projectes ZARIMA i MABIC, puix que és on es compleixen les principals funcions de socialització i on la persona adquireix la seva identitat i posició individual dins la xarxa intergeneracional (Losada i Bidau, 2017).

Finalment, un altre aspecte important que es podria tenir en compte en futures línies d'investigació seria, un cop detectats aquells i aquelles alumnes amb simptomatologia de TCA, realitzar entrevistes amb ells/es per tal d'aprofundir en aquests casos i, amb l'ajuda del professional psicòleg del centre, determinar el diagnòstic de TCA a la

mostra estudiada. D'aquesta manera, la metodologia de l'estudi seria mixta i no només quantitativa.

## 8. Referències Bibliogràfiques

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Baile, J.I., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Herzog, D.B., Hamburg, P. i Gilman, S.E. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 509-514.
- Bouzas, C., Bibiloni, M.M. i Tur, J.A. (2021). Imatge corporal i estil de vida en adults grans amb sobrepès i obesitat. *Anuari de l'envelliment: Illes Balears, 2021*, 324-345.
- Brea, A.L. (2019). Corporalidad online-offline. Revisión sistemática de la influencia de Instagram en la imagen corporal de los adolescentes. [Treball Final de Màster, Universitat Autònoma de Barcelona].
- Cadena, Rendón, Aguilar, Salinas, de la Cruz i Sangerman (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: Un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 8(7), 1603-1617.
- Carey, R.N., Donaghue, N., i Broderick, P. (2014). Body image concern among Australian adolescent girls: the role of body comparisons with models and peers. *Body image*, 11(1), 81-84.
- Cipatli, N. i David, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86.
- Córdoba, L.G., Luengo, L.M., Feu, S. i García, V. (2015). Satisfacción con el peso y rasgos de trastorno del comportamiento alimentario en secundaria. *Anales de Pediatría*, 82(5), 338-346.
- De Los Santos, M.D. (2018). Análisis de creencias y hábitos sobre alimentación y riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Educación Secundaria. *Journal of negative & no positive results*, 3(10), 768-788.

- Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya (2017). *Competències bàsiques de l'àmbit de l'educació física*. Recuperat 25 de maig, 2022 de <https://educacio.gencat.cat/web/.content/home/departament/publicacions/col·leccions/competencies-basiques/eso/ambit-educacio-fisica.pdf>
- Fajardo, E., Méndez, C. i Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57.
- Fardouly, J., i Vartanian, L.R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1-5.
- Farstad, S.M., McGeown, L.M., i von Ranson, K.M. (2016). Eating disorders and personality, 2004-2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91-105.
- Gaete, V. i López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784-793.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B. i Sepúlveda, A.R. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, 85. [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia\\_tca\\_en\\_mujeres\\_adolescentes.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_en_mujeres_adolescentes.pdf)
- García, A., Arrondo de Esteban, M, Guillén, F. i Aguinaga, I. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria. *Enferm Clin.*, 16(2), 77-83.
- Garrote, D. i Palomares, A. (2011). Educación y salud en la adolescència: los trastornos de la conducta alimentaria. Ensayos. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 26, 55-70.
- Gismero, M.E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: Una revisión y algunas consideracions para la prevención y la intervención. *Resvista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. i Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 23(3), 1-8.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

- Lechuga, L. i Gámiz, M.N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria: Aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 142-157.
- López-Guimerà G., Sánchez-Carracedo D., Fauquet J., Portell M., Raich R.M. (2011). Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: general and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293–303.
- Losada, A.V. i Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 16, 30-49.
- Ochoa, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de criança en jóvenes con Trastornos de Conducta Alimentaria. *Revista de estudios de juventud*, 85, 106-124.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Salud para todos en el siglo XXI*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Quiles, Y. (2002). Capítulo 4: Taller de imagen corporal y alimentación. Recuperat 3 de març, 2022 de <http://cpa.umh.es/wp-content/uploads/sites/1491/2008/04/capitulo-4-taller-de-imagen-corporal-y-alimentacion.pdf>
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. i Zapater, I. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Raich, R.M., Sánchez-Carracedo, D. I López-Guimerà, G. (2010). *Alimentació, model estètic femení i mitjans de comunicació*. Com formar alumnes crítics en educació secundària. Editorial GRAÓ.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide.
- Ruiz, P.M. (1999). *Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. [https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001\\_prevenccion\\_tca-aragc3b3n.pdf](https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001_prevenccion_tca-aragc3b3n.pdf)
- Ruiz, P.M., Velilla, J.M. i González, E. (2017). *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Pirámide.
- Sancho, D. i Alberola, S. (2017). Programa de prevención y detección de incidencias

sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 9(2), 31-42.

Torres, E. i Torres, F. (2021). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de educación secundaria. *Revista Innova Educación*, 3(2), 349-359.

Ulloa, H., Gutiérrez, M.A., Nares, M.L. i Gutiérrez, S.L. (2017). Importancia de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa para la Educación. *Educatconciencia*, 16(17), 163-174.

Vilà, T. (2019). Imatge corporal i pràctiques relacionades amb la cerca de l'ideal estètic en població universitària: Una perspectiva de gènere. [Treball Final de Grau, Universitat de les Illes Balears].

## Annexos

### Annex 1. Objectius i estructura del projecte ZARIMA

#### Objectius generals:

- Desenvolupar el màxim d'habilitats i recursos que els possibilitin un millor autocuidat, especialment pel que fa a la conducta alimentària, i una major competència personal i social.
- Generar una actitud crítica cap als models estètics imperants que mostren els mitjans de comunicació.
- Fomentar factors protectors davant un TCA: autoestima, autoimatge corporal positiva, habilitats socials i assertivitat.
- Presentar i reforçar hàbits alimentaris saludables.
- Dotar a les famílies d'habilitats per a l'educació d'adolescents i proporcionar-los un coneixement bàsic sobre els TCA (causes, factors protectors i de risc).
- Ensenyar a les famílies els símptomes i signes d'aparició primerenca dels TCA per a la seva detecció precoç, així com donar pautes d'actuació en cas de sospita.
- Detectar població amb risc i possibles casos, per tal d'orientar els adults responsables amb les actuacions que han de seguir.

#### Estructura:

SESSIONS	CONTINGUTS	ACTIVITATS
Sessió 1	Alimentació Nutrició	Qüestionari dietètic en petit grup Xerrada Discussió
Sessió 2	Imatge corporal Sexualitat Crítica del model estètic	Dibuix figura humana "ideal" Joc de rols "el gordet" Imatges de publicitat amb crítica Dramatització d'anunci
Sessió 3	Autoconcepte Autoestima	Arbre d'autoestima Anunci publicitari Mirall "Carícies" interpersonals
Sessió 4	Assertivitat Habilitats socials	Joc de rols Expressió d'emocions Dinàmiques de grup
Sessió 5	Mesures postprograma Avaluació	Pes i talla amb càlcul del IMC Debat

Taula 16. Estructura de les sessions del projecte ZARIMA. Adaptada de Ruiz, 1999, a la *Guia Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*, 61.



## Annex 2. Objectius i estructura del projecte MABIC

### Objectius generals:

- Qüestionar l'ideal de bellesa actual.
- Dotar als alumnes de coneixement amb relació a com es creen els missatges "mediàtics".
- Desenvolupar el pensament crític i un comportament activista enfront dels missatges que difonen els mitjans de comunicació.

### Estructura:

SESSIONS	CONTINGUTS	ACTIVITATS
Sessió 1	Alimentació i nutrició	Concepte d'alimentació equilibrada Conceptes d'alimentació i nutrició Nutrients Piràmide alimentària i aliments La importància de l'aigua
Sessió 2	Alimentació i nutrició	Anàlisi de menús
Sessió 3	Model estètic femení	La bellesa a través de la història Canvis recents en els criteris de bellesa La bellesa en diferents cultures El cos prim en la cultura occidental actual
Sessió 4 i 5	El model estètic femení en els mitjans de comunicació	Anàlisi de missatges publicitaris i transmissió de valors Què ens amaga la publicitat? La trampa de la comparació Presentació de la primera activitat
Sessió 6	Activitat 1: Anàlisi de la publicitat	Anàlisi crític guiat d'un anunci Respondre un guió de 10 preguntes basat en l'alfabetització mediàtica
Sessió 7	Com tractar els missatges dels mitjans de comunicació	Discussió en grup de l'activitat 1 "Pots fer-hi alguna cosa": com desenvolupar actituds i comportaments actius Presentació de la segona activitat
Sessió 8	Activitat 2: Carta de queixa als mitjans de comunicació	Elaboració i redacció d'una carta de queixa Lliurament de la carta al tutor

Taula 17. Estructura de les sessions del projecte MABIC. Adaptada de López-Guimerà et al., 2011, a *Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls*, 14(1), 296.

### Annex 3. Qüestionari EAT-26

Eating Attitudes Test (EAT-26)	Mai	Rarament	Algunes vegades	Sovint	Molt sovint	Sempre
1. Em fa molta por pesar massa						
2. Procuro no menjar encara que tingui gana						
3. Em preocupo molt pel menjar						
4. A vegades m'he "afartat" de menjar, sentint que era incapaç de parar de menjar						
5. Tallo els meus aliments en trossos petits						
6. Tinc en compte les calories que tenen els aliments que menjo						
7. Evito, especialment, menjar aliments amb molts hidrats de carboni (per exemple pa, arròs, patates, etc.)						
8. Noto que els altres preferirien que jo mengés més						
9. Vomito després d'haver menjat						
10. Em sento molt culpable després de menjar						
11. Em preocupa el desig d'estar més prim/a						
12. Faig molt exercici per cremar calories						
13. Els altres pensen que estic massa prim/a						
14. Em preocupa la idea de tenir grassa al cos						
15. Tardo més que les altres persones menjant						
16. Procuro no menjar aliments amb sucre						
17. Menjo aliments de règim						
18. Sento que els aliments controlen la meua vida						
19. Em controlo als àpats						
20. Noto que els altres em pressionen perquè mengi						
21. Passo massa temps pensant i ocupant-me del menjar						
22. Em sento incòmode després de menjar dolços						
23. Em comprometo a fer règim						
24. M'agrada sentir l'estómac buit						
25. Gaudeixo tastant menjars nous i saborosos						
26. Tinc ganes de vomitar després dels àpats						

Taula 18. Qüestionari EAT-26. Adaptada de Gandarillas et al., 2003, a Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid, 97-98.

## Annex 4. Qüestionari BSQ per avaluar la satisfacció de la imatge corporal

Body Shape Questionnaire	Mai	Rarament	Algunes vegades	Sovint	Molt sovint	Sempre
1. Quan t'has avorrit t'has preocupat per la teva figura?						
2. T'has preocupat tant per la teva figura que has pensat que t'hauries de posar a dieta?						
3. Has pensat que tenies les cuixes, malucs o natges massa grans amb relació a la resta del teu cos?						
4. Has tingut por a engreixar-te?						
5. T'ha preocupat que la teva carn no sigui prou ferma?						
6. Sentir-te ple/na (després d'un gran àpat) t'ha fet sentir "gordo/a"?						
7. T'has sentit tan malament amb la teva figura que has arribat a plorar?						
8. Has evitat córrer perquè la teva carn no botés?						
9. Estar amb noies/es prims/es t'ha fet fixar amb la teva figura?						
10. T'ha preocupat que les teves cuixes s'eixamplin quan seus?						
11. El fet de menjar poc menjar t'ha fet sentir "gordo/a"?						
12. En fixar-te en la figura d'altres nois/es, l'has comparat amb la teva desfavorablement (la teva)?						
13. Pensar en la teva figura ha interferit en la teva capacitat de concentració (quan mires la TV, llegeixes o mantens una conversa)?						
14. Estar despullat (per exemple quan et dutxes) t'ha fet sentir "gordo/a"?						
15. Has evitat portar roba que marqui la teva figura?						
16. T'has imaginat tallant parts grosses del teu cos?						
17. Menjar gormanderies, pastissos o altres aliments amb moltes calories t'ha fet sentir "gordo/a"?						
18. Has evitat anar a actes socials (per exemple una festa) perquè t'has sentit malament amb la teva figura?						
19. T'has sentit excessivament "gordo/a" o arrodonit/da?						
20. T'has sentit acomplexat/da pel teu cos?						
21. Preocupar-te per la teva figura t'ha fet posar a dieta?						
22. T'has sentit més a gust amb la teva figura quan el teu estómac estava buit (per exemple al dematí)?						
23. Has pensat que la figura que tens és deguda a la teva falta d'autocontrol?						
24. T'ha preocupat que altra gent vegi "mixelins" al voltant de la teva cintura o estómac?						
25. Has pensat que no és just que altres nois/es siguin més prims que tu?						

26. Has vomitat per sentir-te més prim/a?						
27. Quan estàs amb altres persones t'ha preocupat ocupar massa espai (per exemple seure a un sofà o a l'autobús)?						
28. T'ha preocupat que la teva carn tingui pell de taronja (cel·lulitis)?						
29. Veure't reflectit/da en un mirall o aparador t'ha fet sentir malament per la teva figura?						
30. T'has pessigat zones del cos per veure quanta grassa tenies?						
31. Has evitat situacions en les quals la gent pogués veure el teu cos (per exemple a vestidors comuns de piscines o dutxes)?						
32. Has pres laxants per sentir-te més prim/a?						
33. T'has fixat més en la teva figura estant acompanyat d'altres persones?						
34. La preocupació per la teva figura t'ha fet pensar que hauries de fer exercici?						

**Taula 19. Qüestionari BSQ. Adaptada de Raich et al., 1996, a Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal, 7(1), 65.**