

# Els trastorns alimentaris a Catalunya

## Una aproximació antropològica

Mabel Gracia Arnaiz (directora)

Mariola Bernal (Universitat Rovira i Virgili)

Lina Casadó (Universitat Rovira i Virgili)

Josep M (Comelles. Universitat Rovira i Virgili)

Claudia Guerrero (Universitat Rovira i Virgili)

Alicia Guidonet (Universitat de Barcelona)

Julia Ledo (Universitat Rovira i Virgili)

Anaía Abt (Universitat Rovira i Virgili)



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Acció Social i Ciutadania  
**Secretaria de Joventut**

# **Els trastorns alimentaris a Catalunya**

Una aproximació antropològica



# **Els trastorns alimentaris a Catalunya**

Una aproximació antropològica

Mabel Gracia Arnaiz (directora)

Mariola Bernal (Universitat Rovira i Virgili)

Lina Casadó (Universitat Rovira i Virgili)

Josep M. Comelles (Universitat Rovira i Virgili)

Claudia Guerrero (Universitat Rovira i Virgili)

Alicia Guidonet (Universitat de Barcelona)

Julia Ledo (Universitat Rovira i Virgili)

Analía Ab (Universitat Rovira i Virgili)



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Acció Social i Ciutadania  
**Secretaria de Joventut**

Barcelona, novembre 2007

Els **Trastorns** alimentaris a Catalunya : una aproximació antropològica. \_  
(Estudis ; 23)  
Bibliografia. Índex  
ISBN 978-84-393-7465-7  
I. Gracia Arnaiz, Mabel, dir. II. Bernal, Mariola III. Observatori Català de la Joventut IV. Col·lecció: Estudis (Observatori Català de la Joventut) ; 23  
1. Trastorns de la conducta alimentària \_ Catalunya \_ Anàlisi transcultural  
2. Trastorns de la conducta alimentària en els adolescents \_ Aspectes socials \_ Catalunya  
613.2-053.7(467.1)

Aquesta publicació es pot consultar a [www.gencat.cat/joventut/observatori](http://www.gencat.cat/joventut/observatori)  
També es pot sol·licitar i/o consultar al Centre de Documentació Juvenil  
de la Secretaria de Joventut

© Generalitat de Catalunya  
Departament d'Acció Social i Ciutadania  
Secretaria de Joventut

1a edició: Novembre 2007  
Tiratge: 750 exemplars  
Impressió: CIRE  
Disseny: Unitat d'autoedició. Secretaria de Joventut  
Maquetació: Eloi Andinach Fernández  
D L: B-53671-2007  
ISBN: 978-84-393-7465-7

# Índex

---

Presentació .....	7
Agraïments .....	9
Introducció .....	11
PRIMERA PART. ELS FONAMENTS TEÒRICS I METODOLÒGICS	
1. Els trastorns del comportament alimentari .....	15
1.1. Què són els TCA? .....	15
1.2. La construcció social dels TCA.....	21
1.3. L'epidemiologia dels TCA .....	22
1.4. Diagnòstic i tractament .....	23
1.5. Els debats sobre l'etiologia.....	26
2. Els TCA a Catalunya .....	29
2.1. La salut dels joves.....	29
2.2. Epidemiologia dels TCA en la població juvenil.....	36
2.3. Xarxa assistencial.....	39
2.4. Programes de prevenció.....	41
3. Els fonaments teòrics i metodològics.....	43
3.1. Objectius .....	43
3.2. Hipòtesis de treball .....	43
3.3. Metodologia i tècniques d'anàlisi .....	44
SEGONA PART. UNA APROXIMACIÓ ETNOGRÀFICA A L'ESTUDI DELS TCA	
4. Pràctiques alimentàries, imatges corporals i representacions de gènere entre els joves a Catalunya .....	49
4.1. Els joves autòctons .....	49
4.2. Els joves d'altres orígens ètnics.....	65
5. Etnografia dels trastorns del comportament alimentari.....	77
5.1 Mirallet, mirallet: més enllà del cos? .....	77
5.2. Menjar, cos i migració .....	88
Conclusions i prospectiva.....	99
Bibliografia .....	105
Índex de taules .....	111
Índex de gràfics.....	112



## PRESENTACIÓ

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) són un problema de gran importància en la nostra societat, no només per les xifres actuals sinó pel seu creixement constant. Les conseqüències dels TCA són greus i fer-hi front és una tasca fonamental de les institucions públiques i els agents socials. Els TCA estan experimentant canvis importants: d'una banda, cada cop són més els homes que en pateixen; de l'altra, els qui emmalalteixen ja no només són joves, sinó que els TCA arriben a edats cada cop més avançades. No obstant això, continua sent un trastorn típicament juvenil i feminitzat.

Els enfocaments tradicionals sobre els TCA han tendit a ignorar el lligam entre aquest problema i el context social en què es desenvolupa. El vincle entre la malaltia i el conjunt de la vida de la persona malalta tampoc no ha estat un element central en molts estudis. En la present recerca, per tant, es vol aprofundir en el coneixement de dues grans qüestions: en primer lloc, quines són les pràctiques alimentàries i els imaginaris sobre el cos entre el conjunt de la població, i en segon lloc, comprendre millor l'especificitat dels TCA, especialment des de dues perspectives: la dimensió transcultural —com es posicionen els nous nadius amb relació a les pràctiques alimentàries— i la dimensió assistencial —com funcionen els mecanismes assistencials per a les persones que pateixen aquests trastorns.

Creiem que aquest tipus d'investigacions són necessàries per arribar a un millor coneixement dels processos que es troben en l'origen d'aquest problema, ja que són imprescindibles poder donar-hi la resposta més acurada possible des de les institucions. La rigorositat i amplitud de la recerca que teniu a les mans així ho permet.

Observatori Català de la Joventut





## AGRAÏMENTS

El material que conté aquest treball és part dels resultats d'una línia d'investigació en trastorns alimentaris que van iniciar membres del Grup d'Investigacions en Antropologia del departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la URV de Tarragona l'any 2000. Durant aquests anys han estat diversos els projectes d'investigació finançats.<sup>1</sup> Agraïm el suport de totes les administracions pel seu interès en el treball de l'equip, i molt especialment, en aquesta ocasió, a l'Observatori Català de la Joventut de la Secretaria de Joventut per la seva confiança en l'encàrrec d'aquest estudi, centrat en la joventut catalana. A més, són moltes les institucions assistencials i educatives, públiques i privades, i els seus professionals, juntament amb els joves que han compartit amb nosaltres les seves històries, els que han fet veritablement possible el present treball.

Aquest text és una primera aproximació antropològica a l'estudi dels trastorns del comportament alimentari a Catalunya. No és una recerca definitiva ni tancada, sinó tot el contrari. La urgència temporal que l'ha condicionat ens ha impedit d'analitzar sistemàticament tota la informació recollida.<sup>2</sup> Aquest fet ens anima, i obliga, a continuar treballant en la interpretació de les dades amb l'objectiu de comprendre la naturalesa d'unes malalties que, a través de les experiències subjectives de nombrosos joves, expressen les paradoxes d'una societat complexa.

---

1 Inclouen finançament directe els projectes *La incidencia de los factores socioculturales en los trastornos alimentarios de las mujeres: el caso de la anorexia nerviosa* (2000-2001). Instituto de la Mujer (61/00); *Ambigüitat discursiva en la construcció social de la feminitat. Evolució de les imatges culturals de les dones a través de la publicitat* (2003). Institut Català de la Dona (U-4/03); *La cura del cos en cohorts d'adolescents amb trastorn del comportament alimentari* (2005). Fundació VECTEM (T050755); *Género, "dieting" y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres* (2003-2005). Instituto de la Mujer (87/03); també s'han finançat becaris (Montserrat Garcia, Mariola Bernal), tots ells vinculats al programa de doctorat en antropologia de la medicina de la URV (amb menció de qualitat del MECED) o al Grup d'Estudis Alimentaris de la UB. Una part dels resultats s'ha difós en diferents col·loquis i congressos (Coloquio Antropología, Género y Salud, Sant Sebastià 2006; X Congreso de Antropología, Sevilla 2005; I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario (Argentina) 2005, V Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Saragossa, 2005, I Congreso Nacional sobre la Anorexia y la Bulimia en Internet, Madrid 2005, VIII Fòrum Joventut i Salut, Lleida, 2005), i una altra ja s'ha publicat, per a la qual vegeu especialment Gracia (2002, 2003, 2005) i Gracia et al. (2005), *Género, "dieting" y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres*. L'estudi està disponible a [www.mtas.es/mujer](http://www.mtas.es/mujer).

2 Complementant aquest treball, vegeu Gràcia i Comelles (eds.). *No comerás, Narrativa sobre comida, cuerpo y género*. Barcelona, Icària, 2007.



## Introducció

---

En el si de les societats industrialitzades, els trastorns del comportament alimentari (TCA)<sup>3</sup> s'han estudiat àmpliament i han estat objecte d'innombrables treballs mèdics, psicològics, històrics i antropològics, ja que estem davant d'un problema de salut multifactorial —que afecta majoritàriament la població jove femenina— que demana una anàlisi i una intervenció interdisciplinària. Tot i que en el moment de la seva emergència s'apel·la a factors de tipus genètic, psicològic i culturals com afavoridors d'aquest tipus de trastorns (Chinchilla, 1996; Raich, 2002; Fernández i Turón, 2001), els aspectes socials i educatius associats als TCA han estat poc o gens considerats, en part perquè hi ha hagut una desconexió important entre les aproximacions biomèdiques i les socials.

A Catalunya existeix des de 1999 un pla interdepartamental sobre els TCA pioner a l'Estat i, és correcte, una major sensibilitat per la recerca interdisciplinària. Aquesta recerca ha de permetre millorar els plans d'actuació, potenciar activitats destinades a la prevenció i adequar els programes segons la demanda assistencial. És en aquest context que, des del GIAFITS, hem plantejat un estudi focalitzat en la població jove basat en l'ús del mètode etnogràfic. L'aplicació d'una mirada antropològica dels TCA pot donar compte de la trama social en què se sustenten aquests comportaments singulars.

L'augment de casos cronificats de TCA, l'aparició de pràctiques alimentàries restrictives o desestructurades entre noies i nois cada cop més joves —o, al contrari, més grans— i l'extensió d'aquestes malalties a totes les classes socials i a dones joves immigrants ens obliga a replantejar-nos certes hipòtesis vigents de caràcter biomèdic i cultural. Tots aquests motius fan necessari analitzar les relacions entre pràctiques alimentàries, representacions corporals i estereotips de gènere, tot establint comparacions entre noies i nois, d'una banda, i entre joves de diferents grups ètnics, de l'altra. Creiem que la incidència dels TCA entre adolescents i joves immigrants de diversos orígens culturals que viuen en unes condicions econòmiques i socials molt particulars, sotmesos a canvis culturals molt ràpids —esforços d'adaptació cultural i socioeconòmica, processos d'aculturació, trastorns afectius, etcètera—, pot ajudar-nos a comprendre fins a quin punt és pertinent un enfocament integral, és correcte biopsicosocial, en l'anàlisi i abordatge dels TCA. És un fet que la joventut manifesta la seva identitat de grup i de gènere mitjançant el cos i el menjar, deixar de menjar, menjar poc o menjar excessivament són pràctiques que expressen malestars i afliccions d'etiologia diversa.

Partim de la base que els TCA són problemes de salut no solament individuals, sinó socials, i que no es poden resoldre únicament apel·lant a la consciència personal dels pacients reals i/o potencials, sinó motivant la creació dels mitjans per intervenir en els espais socials, econòmics i polítics que els afavoreixen. Saber com es socialitzen i interaccionen els joves en el medi sociocultural —dins la família, entre iguals o a les institucions— és indispensable per a la prevenció, l'educació i la promoció de la salut. Cal lluitar seriosament contra els processos i els agents que, de diverses maneres i en diferents àmbits, afavoreixen el fet que els joves estableixin relacions dialèctiques amb el menjar i amb el cos, que s'iniciïn en pràctiques alimentàries desestructurades —per desconeixement, desinterès o solitud— o que es qüestionin recurrentment les seves formes corporals: manca/excés de pes, alçada o massa corporal. Cal crear en els diferents àmbits de la vida social, i especialment entre els més joves —encara que no només entre ells— espais on es puguin treballar —socialitzar— els aspectes i sentits positius del menjar i del cos, i on es deconstrueixin, també, certs estereotips de gènere. Creiem que és indispensable potenciar la reflexió i la crítica respecte als atributs socials i físics que, d'una manera desigual, s'atribueixen a noies i nois, a dones i homes: pensar-los i plantejar alternatives que no tinguin implicacions per a la salut d'aquest grup d'edat, molt sensible per trobar-se en un període de construcció física, personal i social.

Partim del fet que les realitats corporals són heterogènies i que el sobrepès estar gras no són, necessàriament, sinònims de no-salut. Per desgràcia, avui s'està assimilant com a evident que el greix mata, que l'obesitat és patològica en si mateixa i que totes les persones grasses estan forçosament malaltes. Aquestes afirmacions són difícils de constatar segons la literatura biomèdica. D'altra banda, cal fer entendre les funcions del menjar no només des del discurs de la salut i la malaltia, sinó com allò que pot proporcionar plaer, com allò que ens

---

3 A partir d'ara ens referirem als trastorns del comportament alimentari amb les sigles TCA.

permet —o no— compartir moments amb la família i els amics, com allò que, en qualsevol cas, ha d'afavorir l'adquisició de coneixements i habilitats alimentàries, i ajudar a la construcció de la identitat personal i social dels joves. Per això ens sembla oportú analitzar com s'està produint la transmissió i adquisició del saber fer alimentari, les imatges corporals i els estereotips de gènere en aquests grups d'edat.

Aquest projecte té un enfocament interdisciplinari. Hi participen investigadors del Grup de Recerca Consolidat GIAFITS (Generalitat de Catalunya), formats en ciències biomèdiques —medicina, psiquiatria, infermeria— i socials —psicologia, sociologia i antropologia—, que han treballat prèviament en temes de salut, joventut, gènere i família. Aquest equip vol mostrar que la comprensió i l'abordatge dels TCA cal articular-los, en primera instància, no ja solament, o sobretot, al voltant de la imatge social que té entre els joves el fet d'estar prim, sinó dels rols que adquireixen el cos i el menjar, en el context de la societat catalana, com a elements clau d'identitat de gènere i d'identitat personal i social. També és indispensable analitzar el lloc que ocupen les institucions en la socialització dels nois i noies, especialment la família, el dispositiu educatiu i la xarxa d'atenció sanitària. Qualsevol proposta d'intervenció i promoció de la salut referida als hàbits alimentaris, la cura del cos i la salut ha d'incloure necessàriament l'estudi d'aquests tipus de condicionants socioculturals.

## **PRIMERA PART.**

**Els fonaments teòrics i metodològics**



# 1. Els trastorns del comportament alimentari

---

## 1.1 Què són els TCA?

Amb la denominació de trastorns del comportament alimentari (TCA) s'agrupen determinades conductes que, com el dejuni i l'afartament, poden tenir conseqüències negatives per a la salut. Aquestes pràctiques, admirades en altres períodes històrics i en determinades cultures, són ara percebudes com a conductes no normals i etiquetades com a malalties mentals. La seva prevalença és més freqüent entre les dones. Els TCA són objecte d'un interès creixent al llarg de les darreres dècades a causa de l'increment<sup>4</sup> de la seva incidència —acompanyat d'un augment de casos que es cronifiquen i del risc de mort—, tant a les societats industrialitzades com a les societats en transició, on fa poc més d'una dècada es comencen a publicar d'una manera més continuada estudis epidemiològics i casos clínics.

Tot i que s'ha criticat l'ús, per part dels antropòlegs, de l'etiqueta TCA, ja que reproduïx la classificació psiquiàtrica i la praxi mèdica, hem optat per emprar-la per destacar la seva influència en la concepció social d'aquestes malalties. Això no vol dir que assumim les nosologies psiquiàtriques com a entitats neutrals i independents del context històric i cultural en què es produeixen. La denominació de TCA fa referència a la dimensió psicològica del problema, que considera que l'agent de la malaltia és una salut mental fràgil o inadequada. Des d'aquí defensem que no es tracta de problemes de salut individuals, sinó socials, ja que pensem que els TCA amaguen multitud de significats: són expressions de malestars utilitzades per aconseguir objectius com ara l'acceptació dels iguals, cridar l'atenció, mostrar rebuig o l'existència d'un conflicte interpersonal, i són també estratègies de supervivència que les persones —joves en el cas que ens ocupa— utilitzen en diferents situacions d'injustícia i desigualtat social.

El Manual Diagnòstic dels Trastorns Mentals (DSM-IV)<sup>5</sup> inclou sota l'epígraf de trastorns del comportament alimentari dues malalties, l'anorèxia i la bulímia nerviosa, amb els seus corresponents criteris diagnòstics. La darrera edició del manual —que data de 1994— en recull una tercera, el trastorn per afartament, considerada una entitat diagnòstica independent, i com a tal és recollida a l'apèndix B. En la propera edició, i a partir de les investigacions que s'estan duent a terme, el trastorn per afartament s'inclourà com a TCA, i previsiblement anirà de la mà de "noves" categories diagnòstiques que s'estan començant a emprar en la pràctica clínica —com l'ortorèxia, caracteritzada per una obsessió patològica pel menjar biològicament pur, i la vigorèxia, entesa com una preocupació excessiva per augmentar la massa muscular sense acumular greix.

### **Anorèxia nerviosa**

D'entre els TCA, l'anorèxia, probablement perquè té més visibilitat i un pronòstic més greu, ha acaparat la major part de l'atenció. És el primer TCA que va ser identificat com a síndrome clínica. Es caracteritza per una pèrdua significativa del pes corporal mitjançant la supressió o restricció d'aliments i, amb freqüència, a través de vòmits, ús de laxants i/o diürètics, exercici físic intens, etc. (Toro, 2003). Com ha passat a altres països, com als Estats Units o Canadà, la incidència de l'anorèxia nerviosa pura s'ha estabilitzat en els últims anys i han augmentat les taxes de prevalença de bulímia i d'altres trastorns alimentaris no especificats o atípics (Ruiz, 2002). En aquesta categoria —associada al gènere femení—, els criteris diagnòstics consensuats pels psiquiatres, amb el suport dels psicòlegs clínics, són els següents:

---

4 Tot i que en alguns països occidentals les xifres semblen haver-se estabilitzat en el transcurs dels darrers anys, el nombre de casos en termes absoluts a escala mundial continua creixent (Gordon, 2000).

5 El Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM) va ser creat per l'Associació Americana de Psiquiatria i és el manual més emprat a les consultes psiquiàtriques d'arreu del món. La darrera edició es va publicar el 1994 (DSM-IV).



### **Críteris per al diagnòstic de F50.0 anorèxia nerviosa (307.1)**

- A. Rebuig a mantenir el pes corporal igual o per sobre del valor mínim normal considerant l'edat i la talla (p. ex., pèrdua de pes que dóna lloc a un pes inferior al 85% de l'esperat, o fracàs a l'hora d'aconseguir un augment de pes normal durant el període de creixement, que dóna com a resultat un pes corporal inferior al 85% del pes esperat).
- B. Por intensa de guanyar pes de convertir-se en obès, fins i tot tenint un pes per sota del normal.
- C. Alteració de la percepció del pes o la silueta corporal, exageració de la seva importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal.
- D. En les dones postpuberals, presència d'amenorrea; per exemple, absència d'almenys tres cicles mensuals consecutius. Es considera que una dona presenta amenorrea quan les menstruacions apareixen únicament amb tractaments hormonal: p. ex., amb l'administració d'estrògens.

Per especificar-ne el tipus:

**Tipus restrictiu:** durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, l'individu no recorre regularment a afartar-se o purgar-se (p. ex., provocar-se el vòmit o fer un ús excessiu de laxants, diürètics o ènemes).

**Tipus compulsiu/purgatiu:** durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, l'individu recorre regularment a afartar-se o purgar-se (p. ex., provocar-se el vòmit o fer un ús excessiu de laxants, diürètics o ènemes).

Font: DSM-IV (1994)

Aquests són els indicadors amb els quals la medicina identifica l'anorèxia, amb el suport d'altres xifres com ara l'índex de massa corporal (IMC) i el resultat de diversos tests i escales de risc sobre actituds i comportaments alimentaris i perfils psicològics (EAT, MMPI, EPQ, EDR).

Entre els críteris diagnòstics hi ha dos aspectes d'especial interès. D'una banda, inclouen la simptomatologia derivada d'un estat de malnutrició, que una vegada establerta produeix alteracions com l'amenorrea en les dones i la pèrdua d'apetit sexual en els homes. Altres símptomes associats a la malnutrició són la hipotèrmia, bradicàrdia, hipotensió, anèmia, osteoporosi, alteracions de la pell o la caiguda dels cabells (Toro, 2003). D'altra banda, tant els críteris clínics com els algorismes del DSM-III o IV impliquen una actitud volitiva, voluntària, en aquest procés, i molt centrada en el dejú voluntari o buscat.

No podem obviar, però, que la responsabilitat de deixar de menjar no és només d'un mateix, i les causes poden ser diverses i de diferents tipus: l'anorèxia s'ha de contextualitzar en una cultura de la llibertat, de la decisió, del repte, del control i del risc (Van Dongen, 2000). No és casual que siguin els psiquiatres més disposats a tenir en compte les variables culturals i socials els que han buscat respostes crítiques als problemes de diagnòstic que planteja l'anorèxia nerviosa i hagin suggerit termes més flexibles. És el cas de l'anorèxia multiforme, terme emprat per DiNicola (1990) a partir de l'aproximació diacrònica al problema i en observar que les evidències d'aquesta malaltia apareixen en altres èpoques. Per a ell, l'anorèxia és una malaltia mediatitzada socioculturalment que reacciona d'una manera molt sensible al context, que en determina els diferents significats.

Depenent d'aquest context, les causes que s'han atribuït al que avui coneixem com a anorèxia nerviosa han estat múltiples, (vegeu la taula 1). Les primeres interpretacions que coneixem d'aquestes pràctiques tenen lloc en una societat amb un marcat rerefons religiós, on el control sobre una necessitat humana bàsica com el menjar és altament valorat i s'atribueix a l'esfera d'allò miraculós. Més que una pèrdua de gana, com suggereix la denominació, es tracta d'un rebuig a menjar motivat per la voluntat d'aconseguir certes finalitats, com l'acostament a Déu o l'evasió de certes imposicions familiars, que queden ocultes darrere els motius religiosos.

L'apropiació d'aquestes conductes per la psiquiatria es van fer a mitjans del segle passat. Més endavant, es van buscar causes orgàniques a aquesta malaltia en el sistema nerviós o endocrí. El 1914, l'anorèxia nerviosa

va ser incorrectament interpretada pel doctor Simmonds com a caquèxia pituïtària, un error que duraria més de vint anys durant els quals pràcticament no hi ha informes d'anorèxia nerviosa. En el seu "redescobriment" van tenir un paper important les interpretacions psicoanalítiques dels Estats Units als anys quaranta, que van rescatar aquesta patologia d'una interpretació purament medicosomàtica (Gordon, 2000).

**Taula 1. Denominacions històriques de l'anorèxia**

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

Font: elaboració pròpia

L'anorèxia nerviosa continua classificada com a malaltia mental, ja que no hi ha causes orgàniques demostrables que puguin explicar la seva aparició i desenvolupament. No obstant, hom fa referència a la influència de factors genètics en la predisposició a aquests trastorns basant-se en estudis de prevalença familiar i de bessons (Bulik, 2001; Bouchard et al., 1990). En aquests estudis, el pes dels factors socioculturals sol ser mínim i fa referència únicament als efectes de la imposició d'un patró de bellesa generalitzat i difós massivament en els darrers anys pels mitjans de comunicació. Són moltes les incògnites que la investigació biogenètica deixa sense resoldre, com ara que aquest trastorn es presenta en un 90% dels casos entre les dones joves i en certs contextos socials.

### **Bulímia nerviosa**

Si la literatura científica es va bolcar inicialment en l'anorèxia nerviosa, ara són més nombroses les publicacions sobre bulímia. Aquesta malaltia es caracteritza per episodis en els quals la persona afectada ingereix quantitats de menjar significativament superiors al que es considera normal, amb una sensació de pèrdua de control i acompanyant-ho amb pràctiques de compensació dels efectes que tenen aquestes ingestes sobre el pes (Toro, 2003). Amb aquest trastorn passa una cosa semblant a l'anorèxia: al llarg de la història podem trobar que menjar amb profusió ha rebut diferents etiquetes que posen de relleu la diversitat de causes que s'han adduït per explicar-lo.

**Taula 2. Denominacions històriques de la bulímia i síndromes associades**

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

Font: elaboració pròpia

Amb aquestes denominacions es volia descriure el patir una gana ferotge i es descrivien signes i símptomes relacionats amb les pràctiques de menjar fins afartar-se: vòmits, desmaís, contraccions intestinals ràpides, etcètera. L'afartament acompanyat del vòmit ha estat freqüent al llarg de la història en determinats contextos i grups socials. Aquestes conductes no es consideraven patològiques perquè obeïen a motius festius, religiosos o, fins i tot, mèdics. A la cultura egípcia, els metges recomanaven el vòmit periòdicament. Els factors econòmics i el grau de riquesa també tenen el seu paper en aquestes pràctiques, i la golafreria és una pràctica social acceptada i valorada en moltes societats tribals que sofreixen escassetat d'aliments i fam. En aquestes societats la robustesa és considerada positiva, sinònim de força, prosperitat i poder (De Garine, 1995).

Durant la dècada dels setanta, amb el fort creixement del que estava a punt de convertir-se en trastorn bulímic, va augmentar l'interès dels metges per aquest fenomen, tot i que com un símptoma associat a l'anorèxia i a l'obesitat. D'aquí que es diferenciessin dos tipus d'anorèxia, la restrictiva i la purgativa, cosa que va fer cada cop més difusos els límits entre les definicions establertes per a cadascun dels trastorns. Algunes hipòtesis apunten que no està tan relacionada amb la pubertat com amb l'entrada al món adult i els desafiaments que aquest porta implícit en la construcció de la identitat personal (Gordon, 2000).

En la literatura mèdica, la fam nerviosa només ha estat objecte d'interès clínic en la mesura que es considerava un símptoma associat a un altre trastorn (Stein i Laakso, 1988). Tot i que hi ha excepcions en les quals es considera una síndrome, no va ser fins a finals del segle XX que es va reconèixer la bulímia com a entitat nosològica independent.

A finals d'aquesta mateixa dècada, i després de diferents intents d'altres professionals, Rusell va establir els criteris diagnòstics del trastorn bulímic, fent una menció especial de les mesures compensatòries i de la por d'engreixar-se, que anys més tard substituirien els criteris que recull el DSM en les diverses edicions recents:

#### **Criteris per al diagnòstic de F50.2 Bulímia nerviosa (307.51)**

- A. Presència d'afartaments recurrents. Un afartament es caracteritza per:
1. La ingesta d'aliment en un curt espai de temps (p. ex., en un període de dues hores) en una quantitat superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període de temps similar i en les mateixes circumstàncies.
  2. La sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment (p. ex., la sensació de no poder parar de menjar o no poder controlar el tipus o la quantitat de menjar que s'està ingerint).
- B. Conductes compensatòries inapropiades, d'una manera repetida, amb la finalitat de no guanyar pes, com són provocar-se el vòmit; fer un ús excessiu de laxants, diürètics, ènemes i altres fàrmacs; el recurs al dejuni, i l'exercici excessiu.
- C. Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades tenen lloc, com a mitjana, almenys dos cops a la setmana durant un període de tres mesos.
- D. L'autoavaluació està exageradament influenciada pel pes i la silueta corporal.
- E. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs de l'anorèxia nerviosa.

Especificació dels tipus:

**Tipus purgatiu:** durant l'episodi de bulímia nerviosa, l'individu es provoca regularment el vòmit o empra laxants, diürètics o ènemes en excés.

**Tipus no purgatiu:** durant l'episodi de bulímia nerviosa, l'individu empra altres conductes compensatòries inapropiades, com el dejú o l'exercici intens, però no recorre regularment a provocar-se el vòmit ni empra laxants, diürètics o ènemes en excés.

Font: DSM-IV (1994)

Menjar compulsivament, identificat com un fenomen de masses entre dones universitàries (Stunkard, 1993, Toro, 2003), és una pràctica cada cop més estesa, interpretada pels professionals com una estratègia per descarregar el malestar psicològic. Tot i que l'anorèxia i la bulímia nerviosa comparteixen punts en comú en les classificacions diagnòstiques, com ara la restricció alimentària, la incidència de la preocupació pel pes en l'autoestima i les fartaneres, juntament amb les pràctiques compensatòries —bé siguin vòmits, ús de laxants o exercici físic excessiu—, s'ha ressaltat que una de les diferències més notables és la dificultat de les persones bulímiques per controlar els seus impulsos,<sup>6</sup> mentre que les anorèctiques hi exercirien un hipercontrol (Toro, 2003).

6 Una de les característiques que acompanya amb una certa freqüència la simptomatologia bulímica actual són els comportaments autolítics.

## **Trastorn per afartament**

L'anomenat trastorn per afartament, més conegut com a "síndrome del menjador compulsiu", és des de fa poc una entitat diagnòstica independent, recollida a l'apèndix B del DSM-IV, en un apartat de noves categories pendents d'inclusió en futures edicions. Es caracteritza per la gana nerviosa d'una manera habitual, però a diferència de l'anorèxia i la bulímia no es donen comportaments de restricció i/o compensació ni hi ha una sobrevaloració del fet d'estar prim.

La literatura psiquiàtrica ha descrit nombrosos casos de menjadors compulsius amb la total absència de mètodes purgatius. Wulff i Fenichel ho van anomenar "perversions orals", i proposaven que s'estudiessin en termes d'addicció.<sup>7</sup> Stunkard (1959) va ser el primer en descriure aquest trastorn, i els seus criteris van ser recollits pel DSM-III l'any 1980 amb el nom de bulímia, sense incloure els comportaments purgatius ni la por d'engreixar-se. No obstant això, aquests criteris, que no acabaven de convèncer la comunitat psiquiàtrica, van ser substituïts al cap d'uns anys pels de Russell, amb l'etiqueta de bulímia nerviosa.

La raó per la qual el trastorn per afartament s'ha hagut d'esperar fins gairebé el segle XXI a ser inclòs com un trastorn psiquiàtric es deu, segons Gordon (2000), a la resistència de la comunitat mèdica a acceptar l'associació entre obesitat i TCA, ja que la primera es considerava una malaltia orgànica, basant-se en estudis fets entre la dècada dels setanta i els vuitanta, que evidenciaven uns patrons d'alimentació normals entre la població obesa. Investigacions més recents han trobat associacions entre el trastorn per afartament i alguns grups d'obesos que experimenten habitualment els efectes del dejú i de la restricció alimentària quan intenten perdre pes. Finalment, el 1994 el trastorn va ser inclòs al DSM-IV, com una categoria "en construcció". En la darrera edició d'aquest manual el trastorn per afartament es defineix per la presència d'"afartaments de menjar habituals que s'associen a proves subjectives i comportament als de falta de control sobre l'alimentació i de malestar clínicament significatiu, i que no s'acompanyen de les estratègies compensatòries típiques de la bulímia nerviosa (p. e., autoinducció del vòmit, abús de laxants i altres fàrmacs)". La seva prevalença és més elevada entre les dones, encara que la seva proporció respecte als homes (3: 2) és més semblant que no pas en l'anorèxia i la bulímia. Malgrat les escasses investigacions que se n'han fet fins ara perquè fa poc que se l'ha inclòs com a TCA, Spitzer (1993) ha suggerit que la seva prevalença és més alta que la de la bulímia.

## **Noves etiquetes diagnòstiques**

Tot i la falta de consens mèdic sobre la consideració d'aquestes pràctiques com a trastorns mentals i, sobretot, a la paradoxal falta de "malalts", no volíem deixar d'esmentar les noves etiquetes diagnòstiques que apareixen en un camp procliu a desenvolupar noves categories clíniques. En un context d'exaltació de l'educació física i del *body building* destinat a produir "cossos danone" —per fer servir el terme comú a Espanya—, es considera patològic el dejú i l'exercici físic excessiu (DSM-IV, 1994), i apareixen conceptes nous com els de vigorèxia i ortorèxia. Aquests nous trastorns estan relacionats amb formes de consum compulsiu d'uns productes alimentaris específics i porten —aparentment— a l'extrem les pràctiques dietètiques més o menys tradicionals emprades per aprimar-se o no engreixar-se anomenades "fer règim".

El concepte de vigorèxia<sup>8</sup> va ser introduït per Harrison Pope i col·laboradors el 1993 per definir els casos d'alteracions de la imatge corporal en els quals les persones afectades es consideraven més dèbils i primes del que objectivament són. Els afectats, amb majoria d'homes, mostren una preocupació excessiva per la pròpia musculatura i busquen un augment de pes i volum, però sense augmentar el greix, la qual cosa els duu a practicar un intens exercici físic.

Per la seva banda, l'ortorèxia va ser definida per primera vegada el 1997 pel metge Steve Bratman (2001), que va patir fixació patològica per menjar aliments adequats per a la salut, com els suposadament purs. La cultura tindria un fort paper explicatiu en l'aparició de l'ortorèxia, que partiria de la tendència observada en

7 Overeaters Anonymus (OA) o, a Espanya, l'Associació de Menjadors Compulsius Anònims (ACCA), ho plantegen com un problema d'addicció al menjar, i han adaptat el programa d'Alcohòlics Anònims per superar-la. Aquesta associació d'autoajuda agrupa la major part de menjadors compulsius d'arreu del món —un 71%, segons Gordon (1994).

8 També anomenat anorèxia inversa, dismòrfia muscular o complex d'Adonis.

certs grups socials de les societats occidentals a desconfiar de les cadenes alimentàries i del menjar processat industrialment, i a fer una bona valoració de les teràpies dietètiques alternatives.

## 1.2 La construcció social dels TCA<sup>9</sup>

Els anomenats trastorns mentals són un dels objectes d'estudi d'anàlisi obligada des d'una perspectiva de construccionisme social. Les tensions entre el que és "real" i el que és "construït" tenen molt a veure amb la interacció entre les dues esferes. No obviem la situació de patiment i les implicacions biològiques que poden tenir certes pràctiques alimentàries —part real—, però el que ens interessa és estudiar la manera en què "tenir un trastorn alimentari" és concebuda, descrita i ordenada per nosaltres mateixos i pel nostre entorn. Aquesta última és la part construïda, ja que reflecteix actituds socials i pràctiques institucionals que tenen una repercussió sobre les experiències i els comportaments del subjecte (Hacking, 2000).

Les pràctiques alimentàries de dejú o afartament han existit durant segles, i les actituds socials davant d'elles han estat condicionades pel context sociocultural en què es desenvolupaven. Definides com a malalties, les persones afectades queden sotmeses a la intervenció mèdica, que esdevé en un actor fonamental en la construcció social dels TCA.

El sector salut ha de produir constantment nous productes per mantenir un mercat que li permeti suportar les enormes inversions a què està sotmès, d'aquí el procés sistemàtic d'invenció o de redenominació de noves malalties sobre la base de disfuncions derivades de les condicions socials de les classes mitjanes, l'àmbit de mercat més ampli en les societats desenvolupades. Aquest model, aquí simplificat, s'ajusta a diferents escenaris estatals segons el pes relatiu que hi tingui el sistema públic de salut i la capacitat d'aquest per respondre a la creació permanent de malalties. Moltes d'aquestes malalties afecten les dones i estan vinculades a una simptomatologia mixta somàtica i psicopatològica: la síndrome premenstrual, la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica, els trastorns alimentaris, etcètera. La constant producció/desproducció de trastorns permet no només la reproducció del complex tecnològic industrial relacionat amb la indústria del medicament, sinó també que això s'estengui a àmbits del capital financer i d'assegurances, que se situen darrere les inversions necessàries per obrir i mantenir institucions i clíniques especialitzades i que, per tant, ofereixen un escenari laboral a certs professionals,<sup>10</sup> que al mateix temps s'involucren en la promoció en l'àmbit "local" d'aquest tipus de categories nosològiques.<sup>11</sup> Un exemple són els TCA.

Com va passar fa un parell de dècades amb les drogodependències,<sup>12</sup> a determinades conductes se'ls ha fet una lectura biomèdica. Però s'ha produït un nou fenomen: la dispersió de les responsabilitats, abans únicament en mans dels metges, entre professionals de disciplines diferents —psiquiatres, psicòlegs clínics, terapeutes ocupacionals, dietistes, infermers, etcètera—, cadascun dels quals aporta les seves cultures, interessos i sabers professionals específics. Això vol dir que, entre el discurs canònic subscrit per la literatura mèdica —amb la seva pretensió d'universalitat— i la pràctica quotidiana dels equips assistencials en contextos culturals, sorgeixen sabers i experiències col·lectives que són els que operen en la realitat. Si fa alguns anys el model mèdic era hegemònic, avui aquesta hegemonia està més repartida.

---

9 Per a una anàlisi més extensa sobre com ha evolucionat la conceptualització dels trastorns del comportament alimentari ens remetem a l'informe elaborat per aquest investigador: Gracia et al. (2006), *Género, "dieting" y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres*. Instituto de la Mujer.

10 Vegeu a Espanya el cas de la franquícia Corporación Dermoestética, que té l'objectiu parasanitari de reconstruir el cos sobre la base de la cirurgia plàstica i estètica.

11 A la ràdio i la televisió és freqüent la participació de professionals "privats" que ofereixen solucions per a aquestes patologies i les difonen en programes d'àmplia audiència. A Espanya, la participació de professionals del sector públic en aquests programes és excepcional, i ens podem preguntar fins a quin punt ens trobem davant de formes de publicitat encoberta que tenen l'objectiu de projectar sobre el públic uns símptomes i uns signes que sovint poden conduir l'oient o l'espectador a reconèixer-s'hi i, doncs, incitar a la consulta.

12 Sobre el desenvolupament de les polítiques i pràctiques sobre drogodependències durant la dècada dels anys vuitanta, vegeu Comas et al. (comps.) (1992) i Romani (1982, 1995, 1999).

### 1.3 L'epidemiologia dels TCA

La revisió bibliogràfica internacional sobre la prevalença i la incidència dels TCA en població general i entre joves i dones ens permet afirmar que aquestes taxes s'han incrementat al llarg de les tres darreres dècades.

A escala internacional les investigacions epidemiològiques han posat de relleu que les taxes de prevalença de l'anorèxia i la bulímia nerviosa se situen al voltant del 0,5 i l'1% respectivament en la població general (Hsu, 1996; Fairbairn i Beglin, 1990), mentre que en adolescents —considerats població de risc— són una mica més altes: en anorèxia nerviosa se situen entre l'1 i el 2%, i en bulímia, entre el 2 i el 3% (Toro, 2003). Són xifres que s'allunyen del caràcter epidèmic que s'ha proclamat en nombroses ocasions. Nombrosos estudis han demostrat un augment progressiu de la seva incidència en les societats industrialitzades entre els anys 1950 i 1990. L'anorèxia nerviosa no ha deixat de créixer des dels anys trenta del segle passat, sobretot en dones d'entre 15 i 24 anys. La bulímia nerviosa té menys referències relatives a la seva incidència i patrons de creixement, tot i que la majoria dels estudis posen de relleu que és més freqüent que l'anorèxia nerviosa.

Malgrat aquest increment absolut dels TCA, els estudis longitudinals, amb una perspectiva de cinquanta anys, mostren una tendència de creixement de les formes lleus, però estabilitat en les més agudes. Això concorda amb les altes taxes de prevalença actuals dels anomenats trastorns del comportament alimentari no especificats (TCANE), que són els quadres simptomàtics que no compleixen tots i cadascun dels criteris establerts al DSM, però que presenten característiques molt similars. Aquests trastorns parcials són un 5-10% (DSM-IV, 1994).

Pel que fa al pronòstic, en l'anorèxia un 48% de les persones afectades superen la malaltia, un 29,1% milloren, un 18,1% dels casos es cronifica i la taxa de mortalitat és a prop del 5%. En la bulímia, un estudi longitudinal de cinc a deu anys s'ha tancat amb un 72,2% de casos de recuperació i millora significativa, un 21,5% de cronificació i un 6,2% de mortalitat (Steinhausen, 2002).

Entre els factors de risc, els estudis epidemiològics fan referència al gènere, l'edat adolescent, el nivell socioeconòmic mitjà i alt, l'educació i la cultura —fent èmfasi en el rendiment intel·lectual i la cultura del cos prim i de l'èxit a través d'una figura atractiva— i l'origen ètnic i/o la història migratòria —analitzant l'impacte cultural com un factor d'estrès complex (Nasser et al., 2001). Alguns d'aquests factors de risc s'han començat a qüestionar, perquè en els darrers anys s'estan diagnosticant cada vegada més casos entre homes i en edats no circumscrites estrictament a l'adolescència, i també han deixat d'associar-se als estrats socials més elevats.<sup>13</sup>

La proporció d'homes, però, no arriba al 10%, encara que sembla anar creixent. Les dades provenen d'estudis fets sobre mostres clíniques, i no sabem si aquesta afirmació s'ajusta a la població general. Hi ha raons per pensar que aquesta població pot estar infrarepresentada per diferents motius, com per exemple la doble estigmatització a què estaria sotmès l'home que tingues un TCA. A més, el fet de considerar-lo un trastorn "femení" podria ser un obstacle perquè els nois portadors d'algun símptoma busquin ajuda. Alguns dels tests que es proporcionen a la població per mesurar els factors de risc utilitzen únicament els pronoms femenins (<http://www.acab.org/cat/test/testtot.htm>). D'altra banda, el fet que els criteris diagnòstics es vinculin a concepcions de gènere molt específiques —baixa autoestima, preocupacions estètiques, amenorrea, etcètera— ha fet que els professionals psicòmèdics hagin estat reticents a diagnosticar TCA en homes, i els casos d'anorèxia i/o bulímia acostumin a relacionar-se amb altres quadres psiquiàtrics. Tot això ha dut els estudis epidemiològics a ignorar l'existència d'homes, i a subestimar, molt probablement, la seva presència entre el grup d'afectats.

En els darrers anys, l'origen ètnic i la història migratòria han estat considerats factors de risc per l'estrès aculturatiu derivat dels processos d'adaptació a un nou entorn cultural. La major part d'estudis transculturals s'han portat a terme en països occidentals, especialment als EUA, Austràlia i al Regne Unit, i la majoria suggereixen que les minories ètniques en aquests països tenen menys risc de patir de TCA. Alguns estudis han trobat taxes més altes de TCA o de factors de risc en minories ètniques en comparar-les amb els autòctons. És el cas de les estudiantes asiàtiques al Regne Unit, que mostren més actituds poc saludables

---

13 Malgrat que la majoria de TCA encara es diagnostiquen entre les poblacions adolescents i joves, en el nostre treball etnogràfic anterior (Gracia et al., 2005) vam constatar a través dels professionals sanitaris entrevistats que a les consultes hi han arribat casos de nenes de deu anys i de dones que superen els quaranta, i fins i tot, en un cas, els seixanta anys.



respecte a l'alimentació que les blanques (McCourt i Waller, 1995; Mumford i Whitehouse, 1988), i obtenen unes puntuacions més altes en el Bulimia Investigation Test Edimburgh (BITE) (Bhugra i Bhui, 2003). També als EUA les dones hispanes presenten unes taxes de trastorn per afartament més elevades (9,6%) que les afroamericanes (3,9%) o europeoamericanes (1,8%) (Fitzgibbon et al., 1998). Tampoc s'han trobat resultats consistents en la correlació entre nivell d'aculturació i trastorns alimentaris. Diverses investigacions han trobat nivells de desordres alimentaris més alts en persones menys aculturades. Un estudi de dones taiwaneses residents a Taiwan i als EUA (Tsai et al., (2003) mostra graus més alts d'insatisfacció corporal i desordres alimentaris entre les taiwaneses de Taiwan, fortament identificades amb la cultura del seu país.

Malgrat que molts dels estudis transculturals donen resultats inconsistents i contradictoris entre ells, en part perquè es comparen estudis fets amb una metodologia diferent, no hi ha cap prova irrefutable que l'exposició a la cultura occidental pugui estar associada als TCA. Aquest fenomen també s'ha intentat explicar per la mobilitat social ascendent d'aquestes minories, tot i que tampoc no s'ha trobat cap associació entre aquestes variables.

A Espanya hi ha casos de TCA entre població immigrant, però la seva prevalença s'estima encara molt per sota de la població autòctona. L'únic estudi disponible és el de la unitat de psiquiatria Infanto Juvenil de l'Hospital Niño Jesús de Madrid, que indica que els casos d'anorèxia nerviosa en immigrants s'han quadruplicat en el període 2001-2005. Si bé hem pogut conèixer l'existència d'immigrants diagnosticats amb TCA als consultoris de salut mental de Catalunya (Gracia et al., 2005), hem de dir que no hem trobat dades de la prevalença d'aquest trastorn entre la població estrangera que viu aquí.

D'altra banda, també s'ha estudiat la prevalença del desig d'aprimar-se, el grau d'insatisfacció amb el cos, la història de la dieta i altres comportaments que analitzen les raons que desencadenen la pèrdua de pes en diferents poblacions nord-americanes i europees (Hsu, 1996). En general, es confirma la idea que moltes dones fan dieta i se senten insatisfetes amb el propi cos, fins i tot quan es troben per sota del pes considerat normal. Aquestes evidències es manifesten cada cop més aviat entre preadolescents i nenes (Hill, Olivier i Rogers, 1992).

Finalment, no hi ha dades epidemiològiques sobre ortorèxia i vigorèxia, i molt escasses sobre el trastorn per afartament, ja que el debat sobre si aquests comportaments són considerats TCA encara està obert. Pel que fa darrer, molts casos poden quedar ocults darrere de problemes d'obesitat, Gordon (2000) l'estima com un trastorn més prevalent que la bulímia. No hi ha dades fiables sobre vigorèxia o dismòrfia muscular en els homes, però algunes estimacions apunten a un 10% dels homes que acudeixen regularment al gimnàs, i que entre un 6,6% i un 11% dels estudiants dels instituts han consumit alguna vegada esteroides anabolitzants androgènics per augmentar de pes, fets que es consideren factors de risc (De la Serna, 2004). Quant a l'ortorèxia, en la nostra revisió bibliogràfica n'hem trobat un sol cas clínic a l'Estat espanyol, que s'ha tractat en un hospital madrileny (Catalina et al., 2005).

## 1.4 Diagnòstic i tractament

Els tractaments que s'empren en els TCA a la xarxa assistencial pública segueixen una mateixa línia terapèutica que varia de grau d'intensitat segons el tipus de recurs.

L'abordatge interdisciplinari dels TCA ha donat origen a tractament en el qual s'actua sobre quatre àmbits mèdic: psiquiàtric, psicològic i educatiu, i familiar i ambiental. El tractament hospitalari combina el tractament farmacològic amb psicoteràpia d'orientació analítica, comportamental o conductual, d'una banda, amb mesures que "premien" els progressos terapèutics de l'altra —i una atenció especial nutricional esglaonada, ja que "com a conseqüència de la pèrdua de pes deguda al dejuni voluntari i la pràctica de purgacions, els i les pacients arriben a un estat de desnutrició calòrica severa, amb manteniment de les proteïnes sèriques fins a estats molt avançats, però amb absència gairebé total del pannicle adipós (caquèxia)" (Vázquez, 2003, a Isoletta, 2003).

*L'ingrés hospitalari* dels TCA és per als casos més greus i depèn de la situació vital del malalt. En el cas de l'anorèxia nerviosa, els paràmetres que es valoren per a l'ingrés són: el pes, la situació cardíaca, metabòlica i psiquiàtrica, i els criteris d'hospitalització són els que es mostren a la taula següent.



**Taula 3. Criteris d'hospitalització en l'anorèxia nerviosa**

	<b>Nens</b>	<b>Adults</b>
<b>Complicacions mèdiques</b>	Freqüència cardíaca < 40 lpm	Freqüència cardíaca < 40 lpm
	TA < 80/50	TA < 90/60 mmHg
	Hipotensió ortostàtica	Hipopotassèmia
	Hipofosfatèmia	Potassi < 3 meq/lc
		Hipotèrmia
		Deshidratació
		Fallada hepàtica, renal o cardiovascular
<b>Pes</b>	Pes corporal per sota del 75% de l'ideal	Pes: < 75% del pes ideal o IMC < 15 + complicacions
		Pèrdua de pes ràpida
<b>Criteris psiquiàtrics</b>		Intent autolític o idees autolítiques
		Absència de motivació per millorar
		Necessitat de supervisió durant la ingesta
		Exercici compulsiu incontrolable
		Ús incontrolat de laxants o diürètics
		Trastorns psiquiàtrics associats
		Conflictes familiars severos, escàs suport familiar

Font: Vázquez Martínez, 2003.

En el cas de la bulímia el pes no és un criteri, però s'hi afegeixen les possibles conseqüències de les pràctiques purgatives:

**Taula 4. Criteris d'hospitalització en la bulímia nerviosa**

— Malnutrició severa o les complicacions agudes que se'n deriven (pancreatitis, fallada cardíaca, etcètera)
— Trastorns hidroelectrolítics, cardíacs o metabòlics severos
— Purgació o vòmits incontrolables o alguna de les seves complicacions (ruptura gàstrica, etcètera)
— Urgència psiquiàtrica (risc de suïcidi, etcètera) o situació psicològica afegida que interfereix en el tractament (depressió severa, obsessió greu, disfunció familiar severa, etcètera)
— Fallada en el tractament ambulatori

Per rebre tractament, el pacient ha de signar un contracte terapèutic que detalla les quatre fases que se seguiran, establertes a partir dels guanys progressius d'un 25% del pes proposat. Aquest pes final és el pes mínim saludable, que es defineix per un índex de massa corporal (IMC) més alt de 16. Cada canvi de fase es recompensa amb una llibertat i mobilitat més grans fins a arribar a la darrera, que preveu sortides a casa cada cap de setmana.

Els objectius principals relacionats amb aquest tractament nutricional són, segons Vázquez (2003), i aplicant cadascun d'ells segons correspongui al diagnòstic d'anorèxia o bulímia, els següents:

- Corregir les alteracions biològiques agudes com la deshidratació, els trastorns hidroelectrolítics, les hipoglucèmies, els edemes, etcètera.
- Començar l'anabolisme, amb uns objectius de recuperació de pes establerts i graduals.
- Reduir la freqüència de les afartades i els vòmits.
- Millorar els símptomes gastrointestinals.
- Contribuir, mitjançant l'estructuració de les menjades, a la reorganització del comportament alimentari.
- Aconseguir les reposicions nutricionals específiques (ferropènia, dèficit de zinc, osteopènia, etcètera) quan s'hagi corregit la desnutrició severa.
- Començar una tasca educativa nutricional.

La finalitat del procés educacional és transmetre coneixements que deixin clars conceptes, suposadament erronis, que les persones afectades puguin tenir respecte d'aquesta matèria, tot contribuint així a dissipar possibles pors dels pacients. Se solen impartir en tallers que tenen lloc uns quants cops la setmana, i els seus continguts engloben qüestions relatives a l'equilibri nutricional i a les necessitats calòriques i de nutrients per tenir un cos sa, les conseqüències físiques i psíquiques de la desnutrició i de l'ús de pràctiques compensatòries com ara laxants o vòmits, els enganys i la tirania de la publicitat i l'alimentació com a font de plaer.

D'altra banda, hi ha tractament dels problemes físics derivats de la malnutrició, un dels més severos i menys reversibles dels quals és l'osteopènia, que sol aparèixer en els TCA de llarga evolució. Els baixos nivells d'estrògens, que dificulten l'absorció del calci, es combaten amb l'administració de calci i vitamina D, junt amb la reposició nutricional. El pronòstic, tot i així, en la majoria dels casos apunta a la persistència de l'osteopènia després de la millora de l'anorèxia, cosa que augmenta el risc de fractures.

En alguns hospitals, tot i que potser amb més presència en els hospitals de dia, es porta a terme un assessorament a la família i a l'entorn del pacient sobre la comprensió dels TCA, i fins i tot teràpies familiars, sense que necessàriament es tracti de centres d'orientació sistèmica.

L'*hospital de dia* permet fer un seguiment d'aquelles persones diagnosticades amb algun tipus de TCA sense estar hospitalitzades, cosa que els permet mantenir un cert grau d'independència i vinculació amb el seu entorn quotidià. Funciona assignant uns horaris de visita al pacient, que varien segons el grau d'atenció que necessiti i les seves circumstàncies personals. Se'n pot requerir l'estada durant el dia i tornar a casa a la nit; pot passar només mitja jornada al centre; se'l pot visitar puntualment quan ho sol·liciti el personal sanitari, etcètera. La tria del grau d'atenció es basa en la situació clínica, nutricional, psíquica i familiar de la persona afectada (Moral, 2000).

En l'*atenció primària i salut mental* es fa un seguiment dels casos cronificats, a més de recaure sobre aquests recursos la tasca de la detecció precoç, un objectiu al qual apunten els nous plans de salut mental d'àmbit estatal que des de fa uns anys han començat a difondre protocols d'atenció a aquests pacients entre els metges de família (per a més detalls, vegeu l'apartat 3.4).

La majoria de centres privats especialitzats disposen d'hospital de dia i consulta, i les unitats d'ingrés hi són excepcionals. En aquests centres es treballa amb diagnòstics, i els tractaments oferts coincideixen amb els del sector públic, si bé hi ha més recursos humans per subministrar psicoteràpia, i més recursos materials que afavoreixen l'adaptació a l'entorn hospitalari. Les orientacions cognitivo conductuals continuen prevalent

en les teràpies. No obstant això, des d'aquest sector sorgeixen les propostes terapèutiques més innovadores, com engegar una nova modalitat de tractament —els pisos terapèutics— per dotar el pacient de més autonomia i facilitar-li la transició des de la institucionalització mèdica a la incorporació a la vida quotidiana (per a més detalls, vegeu l'apartat 6.2).

## 1.5 Els debats sobre l'etiologia dels TCA

Els models explicatius dels TCA (DiNicola, 1990) inclouen almenys vuit hipòtesis etiològiques distribuïdes en tres grups diferents depenent de sobre qui o sobre què s'ha dipositat l'atenció: l'individu —hipòtesi biomèdica, desordre dels humors, hipòtesi psicobiològica del desenvolupament o psicodinàmica—, la família —hipòtesi del sistema familiar—, o factors socioculturals —trastorn vinculat a la cultura, trastorn de canvi cultural, hipòtesis feministes. Gairebé cap d'aquests models, tret dels dos darrers i de les orientacions psicodinàmiques, han donat importància als significats socials del fet de no menjar, del dejú o del menjar en excés, tot i que, curiosament, el menjar sigui l'eix o punt en comú inqüestionable de totes les anorèctiques i bulímiques. Cap d'aquests models s'ha plantejat el rol de l'*agency* humana, és a dir, de la gestió de les relacions interpersonals en general, de l'encarnació de certs rols de gènere i de les malalties i els seus símptomes en particular.

Les primeres hipòtesis construeixen els TCA com una disfunció personal i focalitzen la psicoteràpia en l'individu. Es deixa de menjar o es menja compulsivament perquè hi ha alguna cosa que no funciona per qüestions biològiques relacionades amb la pubertat o relacionades amb l'entorn més immediat. Les orientacions psicodinàmiques, basades en els escrits de Freud sobre desenvolupament sexual i família, es van centrar en les relacions mare-filla i reforcen la individualització de l'anorèxia nerviosa, ja que releguen els factors socials a l'esfera privada. L'interès en la mare parteix de la seva responsabilitat en la provisió d'aliment, i en un ampli ventall de problemes familiars, un fenomen que va ser conegut com a *mother-blaming*. És a la dècada dels noranta quan emergí un debat sobre l'absència de crítica a la família com a institució patriarcal i sobre el paper del pare, i quan es tingué en compte que fins aleshores s'havia omès el paper de l'abús sexual en els TCA. L'interès d'alguns psicoanalistes neofreudians per les relacions socials dins de la família van preparar el camí per a posteriors investigacions sobre la interacció familiar i la seva influència en el desenvolupament psicològic de les joves diagnosticades d'anorèxia, cosa que ens duu al segon bloc d'hipòtesis.

El segon grup amplia la perspectiva tot situant la malaltia en el context familiar —això sí, en famílies normalment disfuncionals que presenten conflictivitat, sobreprotecció, rigidesa, falta de resolució, etcètera. Aquí es deixa de menjar, o es menja compulsivament i sense mesura, sobretot per demostrar infelicitat i disconformitat amb les persones més properes. Les relacions maternofiliars capten tota l'atenció, i darrerament també s'han tingut en compte els possibles abusos sexuals per part de membres propers: pare/germans, etcètera.

El tercer grup d'hipòtesis planteja que els TCA tenen un intens caràcter sociocultural i que una part de les seves característiques depenen del context: prevalença més elevada en les societats occidentals, entre les dones i classes socials mitjanes, determinats grups ètnics i professions, certes estructures familiars, etcètera. En aquest cas, es restringeix el menjar perquè els ideals de feminitat, autocontrol, èxit personal i acceptació social es concentren al voltant de la imatge del cos prim, al qual s'ha d'arribar costi el que costi. Les tesis sobre el paper de la cultura van de radicals a moderades i dèbils: la cultura és la causa definitiva, és el factor precipitant o un simple embolcall (DiNicola, 1990). Entre aquestes tesis culturalistes podem diferenciar:

### **Síndromes vinculats a la cultura**

Els aspectes socioculturals dels TCA han estat estudiats pels partidaris d'aplicar un enfocament biopsicosocial i insisteixen en els valors materials i simbòlics que s'atorguen al fet d'estar prim, idea que és corroborada per estudis epidemiològics que demostren un increment en la seva incidència coincidint amb l'evolució del patró de bellesa femení basat en la primor (Garner i Garfinkel, 1980). Aquests treballs han posat en relleu que aquests trastorns tenen una prevalença més elevada als països occidentals i entre dones joves, especialment dels estrats socials més elevats; per això es van qualificar com a "síndromes vinculades a la cultura" —*culture bound syndroms*—, definides com un conjunt de signes i símptomes que es restringeixen a determinades cultures segons les seves característiques psicosocials (Prince, 1985). Aquest concepte de síndromes vinculades a la cultura és l'hereu directe del concepte de desordre ètnic desenvolupat per Georges Devereux.

## **Síndromes de canvi cultural**

Estudis fets en altres contextos culturals i en minories ètniques assentades en països occidentals han posat de manifest que els TCA es donen en totes les classes socials, no només als països industrialitzats, i que ja no només afecten l'adolescència/joventut, sinó que augmenta la seva incidència entre la població infantil i adulta.<sup>14</sup>

En el cas de la població immigrant establerta als països occidentals s'han plantejat dos arguments explicatius de l'augment de la incidència dels TCA entre adolescents i joves: l'occidentalització i viure a cavall de dos mons. El primer suggereix que l'assimilació de les normes i valors occidentals sobre quin és l'ideal de cos femení precipita l'augment de casos, mentre que la tesi dels dos mons atribueix l'increment a la pressió a què estan sotmeses aquestes persones per adaptar-se a la nova cultura. Una altra limitació a afegir és que aquesta tesi no explora l'univers cultural de l'immigrant en relació amb el seu país d'origen, obviant així que en altres contextos, com per exemple el japonès, el fet d'estar prim també es valora positivament.

La tesi de l'occidentalització és la més difosa, tot i que omet el rol d'*agency* —ja que considera que els patrons de bellesa són adoptats d'una manera passiva per l'immigrant—, perquè dóna importància a la por d'engreixar-se o lipofòbia, que assumeix com a universal. Estudis transculturals en TCA (Katzman and Lee, 1996; Llee, 2001; Rieger et al., 2000; Soh, 2006) han trobat nombrosos casos en els quals no hi havia símptomes de por d'engreixar-se o de distorsió de la imatge corporal, essencials en el diagnòstic de l'anorèxia nerviosa en els actuals sistemes de classificació CIE-10 i DSM IV. En un estudi sobre setanta pacients diagnosticats d'anorèxia a Hong Kong, Lee (1993), el 58,6% no presentaven el símptoma de la por d'engreixar-se. Uns resultats similars es donen a Singapur en escolars que presentaven perfils anorèctics (Kok & Tian, 1994). És per tot això que Lee (2001) i Littlewood (2004) consideren que els TCA són formes diverses d'expressar l'angoixa al llarg del temps i entre les cultures.

La hipòtesi dels dos mons supera algunes d'aquestes limitacions, ja que integra teories feministes i transculturals al seu argument. En aquest cas, els trastorns alimentaris s'explicarien a partir de les pressions a què estan sotmeses les dones per arribar a ideals contradictoris o fins i tot incompatibles, i que les durien a seguir certes pràctiques alimentàries com a instrument per arribar a la seva autonomia. Basant-se en aquest argument, Katzman i Lee (1996) han proposat de substituir el símptoma de la "por d'engreixar-se" pel de la "por del no-control". Aquest enfocament permet una interpretació més rica, i fins i tot tenir en compte la possibilitat del rebuig al model de primesa. Algunes de les seves limitacions tenen a veure amb la falta d'estudis sistemàtics sobre els factors que influeixen en l'aparició de TCA quan es viu en dos mons culturals diferents.

DiNicola (1990), un dels partidaris de concebre els TCA com a trastorns vinculats a la cultura, proposa que els casos d'anorèxia nerviosa desencadenats entre immigrants que viuen en països desenvolupats s'entenguin com a resultat de la transformació dels referents culturals i socioeconòmics. L'autor suggereix que se'ls consideri trastorns de canvi cultural —*culture change syndroms*. En qualsevol cas, es fa palès el desconcert i la falta de consens sobre la classificació d'aquests casos quan ell mateix els anomena "casos orfes", cosa que posa de manifest la concepció arbitrària i excessivament etnocèntrica dels símptomes associats als trastorns alimentaris i, en definitiva, dels criteris diagnòstics aplicats per la psiquiatria hegemònica que estan obstaculitzant una millor comprensió sobre la seva etiologia.

## **Hipòtesis feministes**

Fa trenta anys, quan sorgí l'interès pels TCA, el feminisme s'interessà per la relació de les dones amb el menjar i el malestar psicològic. Entre aquestes primeres propostes les més radicals són de tipus biologicista, i entre els seus escrits abunden referències al poder inherent a la biologia de la dona (Jaggar, 1984, *op. cit.* en Schilling, 1993) i la consideració que el cos femení és privilegiat i superior perquè té l'exclusivitat de parir i criar. Altres propostes van emergir des d'un enfocament psicodinàmic, i també concebien els TCA com a conseqüència de l'estatus més baix de les dones i de la seva instrumentalització com a objectes en una societat patriarcal i dominada pels homes (Chernin, 1985; Orbach, 1986). No obstant això, les anàlisis feministes

---

14 En el treball etnogràfic que hem fet per a aquest i altres projectes previs hem pogut constatar, gràcies a les entrevistes amb els professionals sanitaris, que han arribat a les consultes casos de nenes de deu i menys anys i de dones que superen els quaranta, i en un cas fins i tot els seixanta anys.

psicodinàmiques fracassaren en l'intent de deslligar les relacions entre dona i anorèxia de l'epistemologia psicomèdica, en part a causa d'un model d'anàlisi que no incloïa una perspectiva sociològica completa.

Susan Bordo (1993) supera aquests primers plantejaments feministes tot defensant una anàlisi complexa dels trastorns basada en la interacció dels factors existents en els àmbits macro i micro: no tots estem exposats de la mateixa manera a l'entorn cultural, ja que la nostra exposició és condicionada per factors com ara la classe social, l'edat, l'educació, la religió, la família o l'ètnia, la qual cosa diversifica les nostres interpretacions i respostes.

Els nous enfocaments feministes han incorporat en les seves reflexions elements dels corrents postestructuralistes més recents, com ara el rol de l'*agency* humana i el de les subjectivitats individuals. L'*agency* entén que tots els individus tenen una capacitat per crear una distància reflexiva respecte de les imatges socioculturals, per la qual cosa no totes les dones responen de la mateixa manera a l'ideal de primesa incorporant-lo com a part de la seva identitat. D'aquesta manera es reconeix la possibilitat de rebutjar aquest ideal i es qüestiona la imatge de les dones com a meres receptores passives i simples reproductores d'imatges corporals construïdes socialment. Els plantejaments feministes de l'*empowerment* van més enllà i interpreten aquestes pràctiques alimentàries com a respostes de les dones en un món amb un repartiment desigual repartiment de poder entre gèneres, entenent el cos com a lloc d'encarnació de les tensions individuals, socials i polítiques.

## 2. Els TCA a Catalunya

---

### 2.1 La salut dels joves

Tal com han constatat estudis recents sobre la salut dels infants, adolescents i joves a Catalunya (Romaní, 2004; Informe CIIMU, 2004), la situació sanitària global es pot considerar positiva. Hi ha una baixa mortalitat infantil i maternal i ha descendit la morbiditat gràcies a una millora en l'assistència, que ha donat lloc a una esperança de vida més alta i a un millor control dels processos de salut/malaltia/atenció. Aquest panorama coexisteix, però, amb la presència d'importants problemes de salut entre els joves que revisarem breument.

Si bé la influència que exerceixen els factors biològics en la salut de les poblacions és inseparable de la que exerceixen els socioculturals, aquests últims són més rellevants i més visibles en el cas de la salut dels adolescents, els problemes sanitaris dels quals no es deriven tant de l'edat com de les condicions de vida, dels seus comportaments i de les seves actituds. És per això que conceptes com *estils de vida* i *situacions de risc* s'han convertit en els eixos centrals de l'estudi de la salut dels joves.

Els *estils de vida* ens revelen les identitats culturals dels joves: són un conjunt de pautes d'acció i cosmovisions dins els processos materials i simbòlics en què es desenvolupa la vida d'un individu o un grup, que els caracteritzen per maneres diferencials de viure. El *risc* es defineix com la proporció de perill que s'associa a alguna activitat, comportament o situació que es considera socialment necessària. Hem d'evitar caure en alguns desencerts molt comuns quan utilitzem aquests conceptes: en primer lloc, cal tenir present que moltes de les situacions que comporten riscos també amaguen moltes oportunitats —com ara obtenir quotes més altes d'autonomia, un element socialment necessari per als joves—, i en segon lloc, defugir la fal·làcia de culpabilitzar la víctima pels seus estils de vida (Romaní, 2004).

Segons dades de l'*Enquesta de salut de Catalunya* (ESCA, 2002), els joves catalans tenen una incidència relativament significativa en un conjunt de manifestacions mòrbides més aviat lleus, com ara mals d'esquena —cervical i lumbar—, al·lèrgies, asma, mals de cap i migranyes. Pel que fa a la mortalitat, les principals malalties causa de defunció entre els joves de 15 a 24 anys són de tipus infeccios i parasitari, neurològiques, tumors i leucèmia. No obstant això, les principals causes de mortalitat no són aquestes malalties, sinó factors externs: en el grup d'edat de 15 a 24 anys, un 71% de les morts entre els nois i un 50% en les noies es dona per factors externs, amb els accidents de trànsit en primer lloc, seguits pels suïcidis (Departament de Salut, 2004). Per aquesta raó, les àrees més estudiades sobre la salut dels joves es basen en les situacions *de risc*, i comprenen la seguretat laboral, l'accidentalitat viària, el consum de drogues, els comportaments sexuals i la salut mental, dins la qual s'inclouen els TCA.

Segons l'informe del CIIMU, els adolescents i els joves són el grup més vulnerable a la sinistralitat laboral —sobretot a Catalunya, perquè aquests treballadors suposen un percentatge superior sobre el total i per l'elevada taxa de temporalitat en la contractació. La taxa d'accidents laborals entre menors de 24 anys ha arribat el 80% del total, amb la la construcció i l'hostaleria com a sectors més afectats. Entre les causes adduïdes hi ha la precarització dels contractes, les condicions del lloc de treball, l'incompliment de la legislació de prevenció de riscos i la relaxació en les inspeccions de treball (Martínez i Recio, 2004). A més, segons dades de l'ESCA de l'any 2002, gairebé el 30% de les persones ocupades reconeixen que la seva feina es relaciona directament amb riscos per a la seva salut. Hi ha diferències de gènere i edat, ja que són els homes i el grup de més edat (26-30 anys) els que expressen una percepció del risc més elevada.

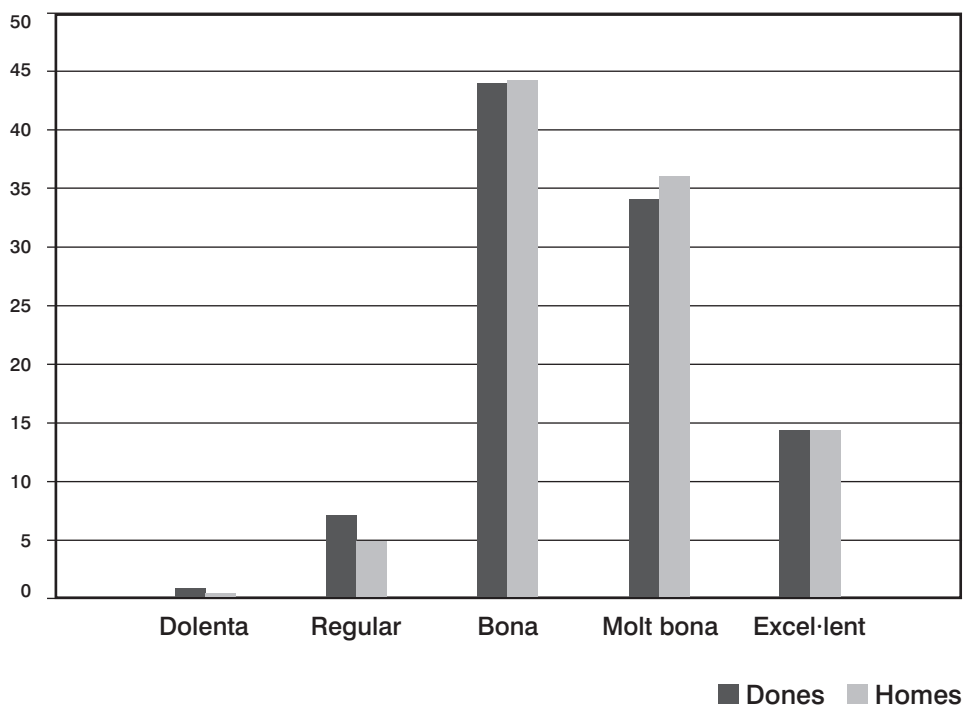
Els accidents de trànsit són la primera causa externa de mortalitat entre joves, molt per damunt de la resta, i amb tendència creixent —del 35,1% l'any 1997 al 48% l'any 2001—. Afecten cinc vegades més els nois que les noies. A més de tenir presents alguns factors causals com l'estat deficient de la xarxa viària i les carències en la gestió del trànsit o en el transport públic, la diferència d'incidència segons el gènere la causa en gran mesura els trets sobre els quals s'ha construït la identitat masculina en les nostres societats, que inclouen la transgressió com una de les característiques que més sobresurten d'un model identitari en el qual la velocitat, el poder i la virilitat s'associen simbòlicament. Però si bé aquesta tesi es podria aplicar a tots els homes, l'edat és una altra variable explicativa important, ja que l'ús de casc en els ciclomotors o del cinturó de seguretat en els cotxes augmenten amb l'edat, segurament per la presa de consciència que es dona amb el temps.

L'estudi de Romaní *et al.* (2004) destaca un fet curiós respecte a l'alcohol: amb el pas dels anys els percentatges de bevedors de risc baixen dràsticament, incloses les noies de la classe dels directius, alhora que augmenten els percentatges de bevedors de risc entre les classes més desafavorides. Aquestes tendències poden estar relacionades amb l'estigma que recau en les noies que beuen, i també amb el paper que té el consum d'alcohol en el pas a l'edat adulta i la maduresa més precoç que tenen aquestes davant dels nois. El consum de tabac, més alt entre les dones, es converteix en l'excepció que confirma la regla, que remarca l'actitud més preventiva que les noies mostren en totes les situacions de risc esmentades aquí. Caldrà veure les conseqüències que tindrà sobre aquest consum desprestigi el progressiu que experimenta en l'actualitat l'hàbit de fumar. Finalment, el consum de cànnabis augmenta en els darrers anys entre adolescents, i podria substituir el tabac com a substància d'inici que ritualitza el pas de l'adolescència a la joventut. En els patrons de consum tornen a sobresortir els nois sobre les noies, les quals en consumeixen d'una manera més esporàdica.

Els estudis esmentats constaten un baix nivell de prevenció tant dels embarassos no desitjats com de les malalties de transmissió sexual. L'evolució de la taxa d'IVE a Catalunya durant el període 1997-2002 posa de relleu un augment en termes absoluts, si bé ha estat superior entre les noies de 15 a 29 anys, ja que ha passat del 9,3% al 15,6% (Ministeri de Sanitat i Consum). Algunes raons d'aquest increment són la relaxació en l'ús d'anticonceptius, que comporta un risc més alt en el registre d'aquests embarassos, i l'arribada de població adolescent immigrant que pot tendir a iniciar el seu itinerari més aviat. D'altra banda, el risc de contraure el VIH no sembla tenir un pes important entre les preocupacions dels adolescents, segurament perquè ja no està associat al perill que tenia en altres èpoques. Els casos de VIH declarats en el període 1995-2002 han patit un clar descens, ja que han passat de 366 a 33. Entre les noies es destaca una actitud més preventivista que entre els nois.

Aquestes diferències de gènere i aquesta actitud més prudent o preventiva de les noies en referència a determinades situacions de risc contrasta amb la percepció de les adolescents catalanes sobre la seva pròpia salut, que valoren pitjor que els nois.

**Gràfic 1. Estat de salut de la població de 10 a 29 anys, per sexe. Catalunya, 2002. (Percentatges)**



Font: ESCA 2002. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.



La prevalença creixent de trastorns mentals entre la població general també es constata en la població jove, com ens demostren les dades del període 1999-2002, que fan referència als diagnòstics i les altes hospitalàries fetes a la sanitat pública catalana en la població de 15 a 29 anys (registre del CMBDSM / CatSalut, 2006). Les xifres reals són més grans si tenim en compte la població que ha buscat suport en el sector privat i aquells que no arriben a les dependències sanitàries i que es poden estimar en dues terceres parts dels afectats. El 2003, segons aquest registre, es produeix un descens significatiu (d'un 28%) en el nombre de casos diagnosticats, coincidint amb l'establiment d'una nova agrupació diagnòstica, que no inclou els TCA com a categoria independent en els seus registres. Aquest descens no es correspon amb un descens real de la prevalença dels trastorns mentals en la població, per problemes en la centralització de la informació derivats d'aquesta reagrupació diagnòstica. Els resultats del 2003 s'han de contextualitzar en un moment de transició i reorganització en la recollida de dades estadístiques.

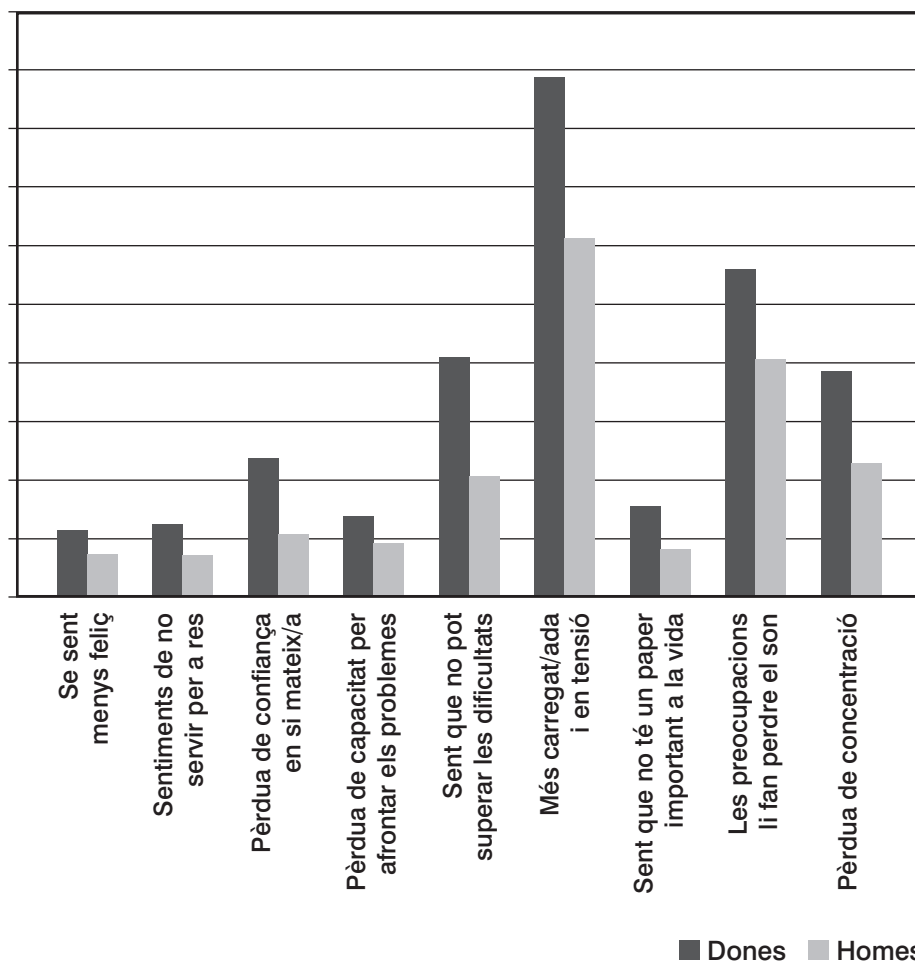
Els professionals destaquen una alta presència entre els joves de trastorns de personalitat, d'adaptació, de depressió i ansietat, de TCA i d'intents de suïcidi. També han augmentat les crisis psicòtiques entre els nens de 10 a 14 anys (Martínez i Recio, 2004). Segons el Departament de Salut (2003), els trastorns d'ansietat i de la personalitat són el primer grup de casos diagnosticats i d'altres hospitalàries en joves de 15 a 29 anys, seguits pels trastorns afectius. En aquest col·lectiu de joves i adolescents s'estan reproduint uns patrons de medicalització estesos entre la població adulta, que s'han argumentat com a conseqüències de l'actual cultura assistencial, que convida a l'ús sistemàtic de psicofàrmacs o substàncies psicotròpiques entre joves i adolescents.

Malgrat que aquestes xifres es poden explicar en part per l'àmplia cobertura assistencial catalana, per la popularització de l'assistència en salut mental—que inclou dispositius en atenció primària— i per la sofisticació més gran dels criteris diagnòstics (Martínez i Recio, 2004), hi ha factors relacionats amb els estils de vida i les desigualtats socials que també s'han de ressaltar. Són l'efecte de la precarització del mercat laboral, l'atur, la incertesa respecte al futur, la cultura del consum i de la immediatesa, la pobresa, la marginació, la sensació de solitud i la por de ser exclosos, entre d'altres. Aquests factors, evidents per a aquells que privilegiem l'enfocament sociocultural en l'anàlisi dels fenòmens socials, han estat confirmats pels professionals de la salut mental (Canals *et al.*, 1995; Domènech, 1997, *op. cit.* en Romaní, 2004).

El gènere i la classe social també s'han destacat com a factors de risc en l'anàlisi que Martínez i Recio han fet de l'*Enquesta de salut de Barcelona* (2000) i de l'*Enquesta de salut de Catalunya* (2002). Hi detecten una tendència a l'augment de trastorns mentals no severos, en una proporció més alta entre dones i en les classes socials més desfavorides. Els sentiments de depressió entre les noies de 15 a 19 anys són més prevalents que entre els nois de la mateixa edat. A Catalunya un 15,1% de les noies d'aquesta franja d'edat diuen que habitualment se senten més o molt més deprimides, enfront d'un 2,5% dels nois. A mesura que l'edat augmenta, aquesta situació s'equilibra, encara que torna a aquests mateixos patrons passats els trenta anys. En general, les noies adolescents semblen estar en una situació especialment vulnerable, i confessen un pitjor estat de salut mental: se senten menys felices, menys útils, amb menys confiança en elles mateixes i amb menys capacitat d'afrontar problemes. També tenen més problemes de son i de concentració que els nois (ESCA, 2002).



**Gràfic 2. Sentiments relacionats amb la salut mental de la població de 10 a 29 anys, per sexe, Catalunya, 2002. (Persones)**



Font: ESCA 2002. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Les diferències de classe social i gènere s'expliquen per una vulnerabilitat major a les adversitats, per la incertesa que hi ha entre les classes més desafavorides per la falta de recursos materials i la càrrega domèstica més gran que han de suportar les dones adolescents. Un altre dels arguments més habituals en les diferències de gènere pel que fa a la prevalença de determinats trastorns mentals, com la depressió, és que les dones tendeixen a expressar les seves queixes en un llenguatge més psicològic, mentre que els homes ho fan mitjançant conductes de risc, seguint models culturals de masculinitat les noies, però, també adopten conductes de risc, tot i que tenen característiques diferents que les dels nois... al cap i a la fi, menjar molt, poc o gens no és una conducta de risc?

### 2.1.1 Joves i imatge corporal

Els estudis sobre TCA identifiquen les dones adolescents i joves com el segment de població amb un risc més elevat de patir-los. L'adolescència representa un moment rellevant del cicle vital que les persones viuen segons les característiques pròpies de la seva cultura, en relació amb la qual construiran la seva pròpia identitat, el component material de la qual és el cos. L'adolescència és un període de canvis, no només fisiològics, sinó també mentals, afectius i socials profunds. Aquests canvis es negocien dins d'un context cultural de valors i expectatives en relació amb els rols de gènere, les relacions socials, l'autodeterminació i també amb els patrons d'aparença física i de bellesa.

D'una banda, la pubertat comporta canvis corporals que han de ser assumits, avaluats i integrats per l'adolescent. Aquesta avaluació suposa posar en relació el cos percebut amb el model estètic corporal

valorat socialment i que l'adolescent sol buscar i anhelar, amb més o menys avaluació crítica, cosa que no el protegeix de resistir acceptar-se tal com és i voler ser d'una determinada manera. Mentre que el desenvolupament puberal precoç acostuma a tenir efectes positius en els nois, pot exercir una influència negativa en les noies. Els canvis corporals s'acostumen a produir abans entre elles, i sovint les fan sentir incòmodes davant del fet que determinades parts del seu cos canviïn i s'allunyïn de les proporcions i volums respecte dels models referencials que ignoren la diversitat de les mides i formes corporals. En funció de com siguin subjectivades aquestes transformacions i, alhora, avaluades per les persones del seu entorn, especialment els iguals i la família, l'experiència del propi cos pot ser més o menys positiva.

Dades de l'*Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya (2001)* assenyalen que el 44% de les noies i el 17% dels nois se senten poc o gens satisfets del seu cos. Això es reflecteix, d'una banda, en què només la meitat de les noies i el 60% del nois pensen que tenen un pes adequat, i de l'altra, en què una de cada tres noies i un de cada nou nois han fet algun tipus de dieta el darrer any. En la població jove barcelonina, un estudi sobre una mostra de 2.354 escolars d'11 a 13 anys que ha utilitzat el mètode de clústers observa que tant els que fan dieta com els que tenen algun membre de la família fent dieta són els més crítics amb la seva imatge corporal.

**Taula 5. Imatge ideal preferida. "Com t'agradaria ser?"**

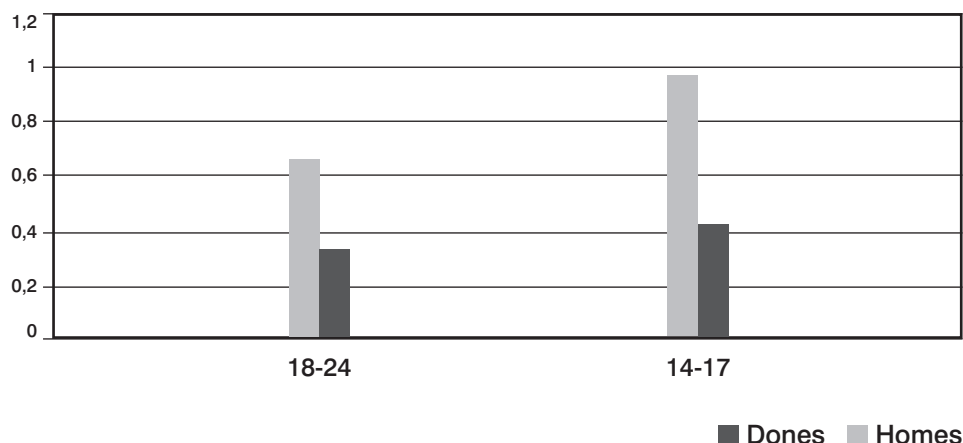
	<b>Grup 1</b>	<b>Grup 2</b>	<b>Grup 3</b>	<b>Grup 4</b>	<b>Grup 5</b>	<b>Grup 6</b>
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>480</b>	<b>381</b>	<b>410</b>	<b>412</b>	<b>432</b>
Molt més prim/a	6,3	35,6	3,9	2,9	3,9	6,9
Una mica més prim/a	23,0	49,4	28,1	15,6	25,7	25,9
Igual que ara	56,1	11,3	55,6	67,6	59,2	56,3
Una mica més gras/grassa	11,7	3,1	11,8	11,5	9,0	9,3
Molt més gras/grassa	2,1	—	—	0,2	0,5	0,2
NS/NC	0,8	0,6	0,5	2,2	1,7	1,4

Font: Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona, COFB.

- Grup 1: 239 nois i noies que miren catorze hores o més de televisió la setmana i dormen nou o menys hores diàries els dies feiners.
- Grup 2: 480 nois i noies que fan o han fet dieta, i que en un 88% dels casos voldrien tenir una imatge corporal diferent.
- Grup 3: El tercer grup està definit per 381 nois i noies que coneixen algú de la família que està fent règim. En aquest grup cal assenyalar que el 50% estan en risc de tenir un pes baix o sobrepès —el percentatge més alt de tots els clústers.
- Grup 4: Grup format per nois que no tenen ningú a la família que segueixi un règim.
- Grup 5: Grup igual que el 4, però format per noies.
- Grup 6: 432 nois i noies que dormen menys de nou hores i miren menys hores la televisió que el grup 1.

Sobre el pes en els joves hi influeixen, a més de l'alimentació, una vida quotidiana articulada per activitats cada dia més sedentàries. Segons dades de l'*Enquesta nacional de salut d'Espanya (2003)*, el 89,3% dels menors de 15 anys miren la televisió cada dia, i el 40% dormen deu o més hores. Igualment, més de la meitat (54,8%) dels joves treballadors entre 16 i 24 anys passen la major part de la jornada asseguts. Davant d'aquesta situació, tampoc no són optimistes les dades que fan referència al temps que els joves espanyols de 14 a 24 anys dediquen diàriament a l'exercici físic, en les quals hi ha una marcada diferència de gènere (gràfic 3).

**Gràfic 3. Mitjana d'hores de pràctica esportiva fora de l'escola**



Font: Majem, Ll. *et al.* (2003). Estudio Enkid. Crecimiento y desarrollo.

Activitats relacionades amb el cos com fer dieta o anar a un centre de bellesa es fan més a mesura que augmenta l'edat i d'una manera més notòria entre les noies, mentre que l'exercici predomina entre els nois. També hi ha diferències per gènere en les raons adduïdes per cada grup per fer-les: en les noies hi ha la voluntat de mantenir una determinada figura, en els nois, a més de entretenir-se, volen mantenir-se en forma i augmentar la resistència física. Igualment, algunes noies reivindiquen el dret de no haver de complir necessàriament els cànons de la moda, amb la qual cosa reflecteixen la pressió social, que les fa sentir incòmodes (Feixa, Garcia i Recio, 2004).

### 2.1.2 Joves i alimentació

Paral·lelament al desig generalitzat d'aprimar-se, s'han produït canvis en els estils de vida dels joves, i de la població en general, caracteritzats per la dificultat en la gestió del temps davant les nombroses i diverses activitats de formació, treball i lleure —sovint fetes fora de casa—, les incompatibilitats horàries entre els membres d'un mateix grup domèstic, l'increment del sedentarisme a la feina i en les activitats de lleure o la valoració/desvaloració de certs coneixements i habilitats. Aquests factors, han afavorit transformacions en l'àmbit de l'alimentació i la modificació dels hàbits. Els principals canvis es poden resumir en una simplificació de l'estructura dels àpats, en el fet d'incloure aliments fàcils de preparar i cuinar, i en una flexibilització en el nombre d'ingestes, els horaris i la companyia. També influeixen la ruptura de l'aprenentatge culinari, la tolerància i el consentiment amb les preferències individuals.

Els usos del temps característics de la nostra societat no afavoreixen en absolut la prioritització de l'alimentació davant d'altres activitats, com per exemple les relacionades amb l'estudi, la feina o l'oci. Això afecta d'una manera molt particular les dones, que han d'assumir el que Moreno (2005) defineix com "règim de doble presència", amb una multiplicació de les seves tasques extradomèstiques i intradomèstiques. En aquest context s'han de negociar els horaris de tots els membres del grup —sovint poc coincidents— i/o els seus gustos alimentaris (Contreras i Gracia 2006). Òbviament, l'alimentació intradomèstica es reestructura, així com la socialització alimentària d'adolescents i joves, encara a càrrec d'aquestes dones "modernes", estressades en sentir-se depassades per la feina i el règim de doble presència. A més, la situació pot ser més complexa en els casos en què apareix el "règim de triple presència" (Moreno, 2005: 368). Aquest cop parlariem de la simultaneïtat de la feina intradomèstica, extradomèstica i els estudis.

Ja no seguia una rutina, va ser perdre la rutina. Jo estudiava al matí, vaig començar a treballar i passar a estudiar a la tarda fins a les cinc, vaig passar a estudiar a l'Autònoma, estudiar a les tardes, de tres a nou, que clar, és l'Autònoma. Havia d'agafar el metro i el ferrocarril, sortir d'hora de casa, i clar, era com tot nou, agafar una rutina no la vaig agafar... no vaig agafar cap rutina, al contrari, la vaig trencar pertot arreu. Arribava a casa i tot per fer. (Alba)

Les dones adultes continuen sent les principals responsables de la cuina a casa, de manera que l'increment de la seva participació en el mercat de treball no ha anat acompanyada d'una major responsabilització dels

homes en tasques domèstiques. La participació dels fills en la preparació i cuinat dels aliments és molt baixa: en la franja d'edat compresa entre els 12-17 anys, un 50% reconeix que no hi participa mai, i entre els 18-24 anys un 31%. Els pares creuen que els seus fills no tenen interès per les tasques alimentàries, llevat de consumir els aliments que se'ls serveixen o comprar els que més els agraden. Segons l'estudi de l'ODELA (2006), la dieta dels nens i adolescents espanyols es caracteritza per un excés de carns, embotits, lactis i aliments amb una alta densitat energètica, com productes de pastisseria —per exemple brioixos— i begudes carbonatades, i per un dèficit de fruites, verdures i cereals, que són més benvingudes a mesura que augmenta l'edat.

D'altra banda, per als joves la salut és només un dels diversos condicionaments de l'alimentació. Fins i tot reconeixent la preocupació per la salut i la seva projecció en el consum alimentari, els menús que es recullen en aquest estudi no són tant el resultat de les recomanacions dietètiques com dels diferents condicionaments que deriven de la quotidianitat, de les diferents concepcions sobre les relacions entre salut, conveniència, plaer i sociabilitat i de les diferents maneres i graus de satisfer aquests objectius. També de les disponibilitats econòmiques, d'acord amb un pressupost en el qual altres articles de consum han adquirit, comparativament, una importància molt més gran (higiene, educació, transport i oci, per exemple).

Les dificultats que sorgeixen en el procés de transmissió de coneixements culinàries i el desinterès que mostren els joves per adquirir-los, convertint-se en agents actius gairebé únicament en l'àrea de consum, podria estar condicionant una relació amb els aliments de caràcter alienant o merament instrumental. El fet que les informacions difoses massivament sobre els aliments siguin de tipus nutricional, el que és bo o dolent per a la salut, quan la salut no és una de les preocupacions principals en els joves, està contribuint a canviar els significats tradicionals de l'alimentació. Menjar ha començat a ser una fi per assolir dos objectius: sobreviure i controlar el cos.

Com dèiem al principi, l'adolescència comporta no tan sols transformacions corporals, sinó també profunds canvis socials, mentals i afectius. És un període de canvis complexos per als quals cal un gran esforç d'adaptació. En aquests processos el menjar, una vegada resignificat com a instrument per sobreviure o per incorporar uns models corporals desitjats, pot ser un mitjà per expressar malestars, que no sempre han d'estar relacionats amb unes expectatives esteticocorporals no acomplertes. Alguns d'aquests malestars poden tenir a veure amb els suggeriments dels psicoanalistes, que conceptualitzen el cos de l'adolescent com un camp de batalla en el qual hom busca l'experimentació d'uns límits ja absents, com a conseqüència del procés gradual de "des-autoritat" de pares i educadors (Le Breton, 2004). Altres causes d'aquests malestars poden tenir relació amb les experiències i condicionaments de la migració: els joves immigrants poden veure's enfrontats a problemes de discriminació i/o marginació al nou lloc de residència i experimentar sentiments de nostàlgia, en un procés d'adaptació complex. En aquests casos, les pràctiques alimentàries poden interpretar-se com a estratègies de supervivència, resistència o d'abandó davant determinades situacions desfavorables.

Menjar molt, poc o no menjar, com una conducta més prevalent entre les noies, estaria en sintonia amb les actituds més preventivistes de les noies assenyalades en l'apartat anterior, ja que el menjar té uns efectes menys perillosos i contundents que, per exemple, l'alcohol o altres psicòtrops. Segons Thompson (2004), això els permet poder continuar atenent les seves responsabilitats i deures domèstics, sent fidels als models culturals femenins que posen èmfasi en la seva dedicació a tenir cura dels altres.

Els motius o les causes socials que afecten les persones anorèctiques i bulímiques s'han simplificat massa al voltant de l'ideal actual d'estar prim a base de seguir dietes. Els joves no dejunen exclusivament per raons estètiques. Alguns dels símptomes, com ara "no tenir gana" o "sentir fàstic pels aliments", també poden ser conseqüència dels TCA, i no pas la seva causa. En aquest sentit, cal analitzar el menjar com una forma d'expressió, com un vehicle per a la comunicació, i tenir en compte la llarga sèrie de significats socials que al llarg del temps i de l'espai, ha tingut la restricció del menjar o el seu consum desmesurat per comprendre per què ara, un context d'abundància alimentària, augmenten aquestes pràctiques i, el més important, es conceptualitzen com a "malaltieses".

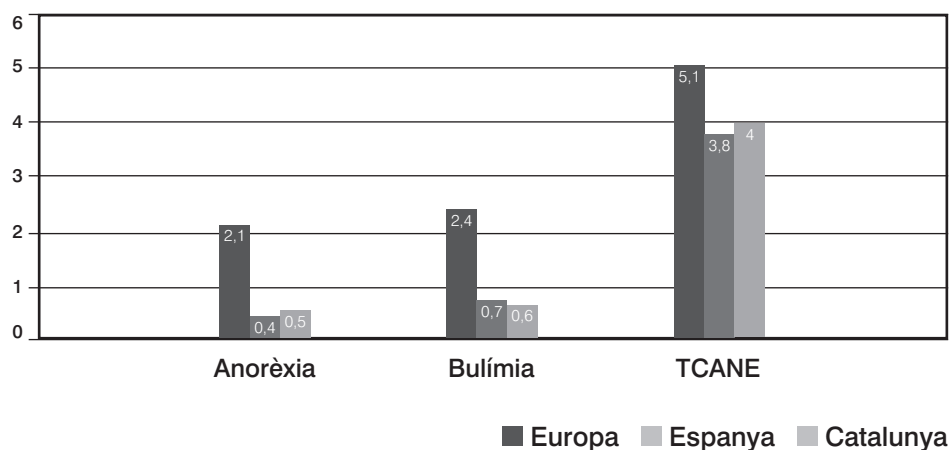
Sense ànim d'infravalorar l'empremta que la imposició social del cos prim està exercint en la població de les societats industrialitzades, sobretot entre dones i especialment en edat adolescent, pensem que la voluntat d'ajustar-se a un patró social de bellesa no serveix per explicar tots els casos en què es donen l'anorèxia o altres TCA. Fins i tot en aquests casos, justificar la malaltia al·ludint als patrons de bellesa no fa altra cosa que emascarar els sentiments i les veritables preocupacions de les persones afectades. L'augment en la

cronificació d'aquests trastorns, així com el nombre de diagnòstics de trastorns del comportament alimentari no especificats (TCANE), ens han de fer reflexionar sobre les hipòtesis causals tradicionals, que possiblement necessiten una revisió urgent. Deixar de menjar o de menjar en excés són pràctiques que expressen dificultats, malestars i afliccions diverses. El risc de prendre en consideració únicament la hipòtesi de la lipofòbia està determinant la manera d'abordar i tractar els TCA i imposa limitacions a l'eficiència terapèutica, com demostren l'augment de la cronificació i les altes taxes de recaiguda en aquests trastorns.

## 2.2 Epidemiologia dels TCA en la població juvenil

A l'Estat espanyol s'estima que entre un 1 i un 5% de dones joves tenen algun tipus de desordre del comportament alimentari, i que en el grup de més risc, les noies de 12 a 24 anys, la prevalença de TCA és aproximadament d'un 0,14-0,60% per a l'anorèxia nerviosa (AN), d'un 0,55-1,24% per a la bulímia nerviosa (BN), i d'un 4,71% per als trastorns del comportament alimentari no especificats (TCANE). En total, entre el 4,1% i el 5,2% de la població jove estaria afectada per algun TCA (Centre d'Estudis Col·legials, 19, 2005: 4). Reduint aquest tram d'edat al grup de noies entre 12 i 18 anys, trobem dades semblants a Espanya i a Catalunya, que encara estan per sota de la mitjana europea.

**Gràfic 4. Prevalença dels TCA a Europa, Espanya i Catalunya. Població de dones joves (12-18 anys)**



Font: Pérez Manuel, S. (2004). Departament de Salut.

En la població catalana i segons xifres del Departament de Salut (registre del CMBDCSM, CatSalut 2004), el nombre de casos de TCA diagnosticats en nois i noies d'entre 15 i 29 anys s'ha estabilitzat en els darrers anys, en una mitjana d'uns 1.400 casos/any, que són gairebé el 60% del total de casos detectats de TCA en la població general. Fins ara la bulímia nerviosa ha estat molt més freqüent tant en nois com en noies, però en les xifres de l'any 2004 hi ha una nova tendència en els diagnòstics de TCA. La prevalença de bulímia ha experimentat a Catalunya un descens dràstic —més d'un 60% respecte d'anys anteriors—, alhora que la prevalença de TCANE augmenta en la mateixa proporció. Concretament, el 2004 el 44,4% dels diagnòstics de TCA van correspondre a trastorns atípics o no especificats, seguits per l'anorèxia nerviosa (30,1%) i la bulímia (25,5%). Aquest fet ens fa adonar de les dificultats de classificació diagnòstica a què s'enfronten els professionals sanitaris. Si observem la taula, els anys 1998 i 1999 ja s'estaven diagnosticant TCANE, una tendència que desapareix pràcticament durant els quatre anys següents. Malgrat això, la gran majoria d'hospitalitzacions —del 60 al 70%— són conseqüència de l'anorèxia nerviosa (Departament de Salut, 2004).

Taula 6. TCA en població jove a Catalunya

Població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns en la conducta alimentària segons grup d'edat i diagnòstic, per sexe. Catalunya, 1998-2004. (Persones)

	1998			1999			2000			2001		
	H	D	T	H	D	T	H	D	T	H	D	T
<b>Grup d'edat</b>												
15-19 anys	37	459	496	55	544	599	45	575	620	58	591	649
20-24 anys	35	454	489	29	524	553	30	418	448	23	438	461
25-29 anys	15	223	238	18	273	291	17	270	287	18	303	321
<b>Diagnòstic</b>												
Anorèxia	20	413	433	35	455	490	25	420	445	32	425	457
Bulímia	22	340	362	17	344	362	63	832	895	66	890	956
Trastorn inespecífic	45	383	428	50	537	586	4	11	15	1	17	18
Sense informació	—	—	—	—	5	5	—	—	—	—	—	—
Total	87	1.136	1.223	102	1.341	1.443	92	1.263	1.355	99	1.332	1.431
<b>2002</b>												
<b>2003</b>												
<b>2004</b>												
<b>Grup d'edat</b>												
15-19 anys	50	593	643	59	588	847	58	608	666			
20-24 anys	21	410	431	29	381	410	23	320	343			
25-29 anys	19	295	314	22	285	307	15	284	299			
<b>Diagnòstic</b>												
Anorèxia	32	409	441	27	388	415	20	374	394			
Bulímia	58	881	939	83	866	949	15	318	333			
Trastorn inespecífic	0	8	8				61	520	581			
Sense informació	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Total	90	1.298	1.338	110	1.254	1.364	95	1.212	1.308			

Font: Registre CMBDCSM (CatSalut, 2004)

Tant en les consultes d'atenció primària com en els ingressos hospitalaris, la ràtio homes-dones és u sobre deu, i en ambdós sexes els diagnòstics de TCA estan concentrats en el tram de 15-19 anys. A Catalunya es calcula que, de les noies adolescents diagnosticades d'anorèxia nerviosa, al cap de 5 anys un 25% no ha superat la malaltia, algunes no la superen mai i un 10% mor com a conseqüència del trastorn. Aquestes xifres caldria sumar els casos que es tracten en centres privats i dels quals no hi ha informació.

Les taxes més altes de TCANE són generalitzades a Europa, i concorden amb un fet observat en els darrers anys: el notable increment de les formes atípiques de TCA, amb presentacions clíniques més virulentes entre les noies més joves —quant a la freqüència i la ràpida instauració d'una conducta purgativa, severitat en la desnutrició, comorbiditat amb altres patologies—, que sovint no compleixen tots els criteris DSM-IV o CIE-10 per poder ser diagnosticades com a anorèxia nerviosa restrictiva, purgativa o bulímia (Ministeri de Sanitat i Consum, 2000). Un estudi del 2006 fet per l'Associació Catalana contra la Bulímia i l'Anorèxia (ACAB) en col·laboració amb la Fundació Viure i Conviure de la Caixa de Catalunya, sobre 14.000 estudiants, assenyala que un 6,4% dels catalans entre 12 i 24 anys, és a dir, 118.000 joves, presenten algun tipus de TCA, una xifra que s'hauria triplicat en els darrers vuit anys. L'ACAB informa que al nostre país 117.000 dones i 1.100 homes presenten TCA, que el 21,5% dels casos són crònics i que hi ha un 6% de mortalitat. D'aquest 6%, 21.500 persones estan malaltes de bulímia; 7.700, d'anorèxia nerviosa, i la resta (88.000) són TCANE.

En valorar aquestes dades cal tenir en compte les dificultats a què s'enfronten els estudis epidemiològics a l'hora de delimitar els casos. Les dues malalties, l'anorèxia i la bulímia nerviosa, formen part d'un continuum. És molt freqüent la simptomatologia bulímica durant l'episodi anorèctic i a l'inrevés. Això explica els límits de les classificacions diagnòstiques actuals.<sup>15</sup>

Força investigacions han posat de manifest que els símptomes o episodis bulímics més o menys ocasionals són molt freqüents, sobretot entre joves. La major part s'han fet sobre una població d'estudiants. Les conductes bulímiques sorgeixen com a conseqüència de voler fer dieta però no aconseguir-ho, o d'haver d'afrontar condicions i situacions davant les quals no poden exercir cap mena de participació i/o control i que generen conflicte i ansietat, com les relacions amb la família, l'escola o els amics. Al quadre següent detallem els resultats d'alguns d'aquests estudis.

**Taula 7. Estudis sobre simptomatologia bulímica en joves**

Mostra	Tipus d'estudi	Resultats	
Phelps <i>et al.</i> , 1993 (Buffalo, EUA)	Estudiants de secundària (12-14 anys) de la ciutat de Buffalo.	Longitudinal (1984-1989-1992)	Augment: – Del 0,8 al 6% en les que es mediquen per aprimar-se. – Del 3,8 a l'11,4% en les que vomiten.
Kurth <i>et al.</i> , 1995 (Michigan, EUA)	1.367 estudiants universitaris de primer any.	Transversal	– Un 13% presentaven símptomes bulímics (afartament i vòmit per sota de la freqüència establerta al DSM-IV).
Field <i>et al.</i> , 2002 (Massachusetts, EUA)	449 noies i 50 nois captats per enquesta telefònica.	Transversal	– Segons un qüestionari: el 15% de noies i el 20% de nois utilitzen el vòmit o laxants (en una entrevista personal posterior aquestes xifres es van reduir).

<sup>15</sup> Per a una anàlisi més extensa d'aquest punt, consulteu Gracia *et al.*, 2005.

Rodríguez <i>et al.</i> , 2001 (Granada, Espanya)	491 escolars entre 14 i 18 anys.	Transversal	– Un 33% de la mostra fa pràctiques compensatòries. La majoria són noies.
Sepúlveda <i>et al.</i> , 2004 (Madrid, Espanya)	Població universitària amb alt risc de TCA (tretze facultats de la Universitat Autònoma de Madrid).	Transversal	– Un 16% de les noies i un 9,6% dels nois recorren als vòmits. – Un 14,5% de les noies i un 10,6% dels nois fan servir laxants.

## 2.3 Xarxa assistencial

La incidència creixent dels TCA ha dut les institucions sanitàries a prioritzar actuacions sobre aquests trastorns dintre dels problemes de salut mental. Amb aquest objectiu, en els últims anys s'han publicat diferents protocols d'actuació dirigits a professionals sanitaris per millorar la seva detecció i tractament.

L'any 1999 es va elaborar un protocol d'atenció a pacients amb trastorns del comportament alimentari (TCA) dirigit als metges d'atenció primària de tot l'Estat. El seu objectiu era unificar els criteris que s'han de fer servir quan s'atenen pacients amb símptomes de tenir anorèxia o bulímia, i tenia la finalitat de garantir el tractament integral dels TCA en la sanitat pública. En aquest protocol no es parla de prevenció, perquè només s'aplica quan les pacients arriben a la consulta. Però, què passa abans d'arribar-hi? Què ha fet pensar que el pacient podia tenir aquesta malaltia? Per què? Com? La sospita que alguna cosa "no va" sorgeix sempre, o gairebé sempre, a la xarxa social de l'eventual pacient. Els criteris de la xarxa sovint estan influenciats per les categories clíniques convencionals, de les quals els no professionals en fan lectures pròpies. Els mitjans de comunicació juguen un paper fonamental en els processos de construcció i reconstrucció d'aquestes categories nosològiques en la mesura que són els responsables de la mediació entre els discursos experts dels professionals i les representacions que construiran els no experts dels problemes alimentaris. La presència de professionals als mitjans per difondre aquest tipus de categories nosològiques en l'àmbit local —expandint així el seu mercat—, i de persones afectades, que relaten les seves experiències personals, es retroalimenten per produir un mateix discurs sobre els desordres alimentaris.

El mateix any, el govern de la Generalitat de Catalunya va crear un pla interdepartamental relatiu als TCA, pioner a l'Estat, que incloïa entre els seus objectius principals la prevenció, la detecció precoç i l'atenció. El nou Pla director de salut mental i adiccions (2005), prioritza els TCA, i el Departament de Salut ha elaborat fa poc un Pla de reordenació de l'atenció als trastorns del comportament alimentari des de la xarxa sanitària pública de Catalunya, que destaca la necessitat de fer-ne un abordatge integral mitjançant la promoció, prevenció, detecció, rehabilitació i reinserció, a més de ressaltar la necessitat de: 1) prioritzar la detecció i la intervenció precoç des de l'atenció primària, amb suport de l'atenció especialitzada en salut mental, 2) millorar l'oferta de tractaments i reduir la variabilitat tot potenciant l'atenció psicoterapèutica i l'aplicació de guies clíniques, i 3) reordenar els recursos, potenciar la coordinació entre els tres nivells d'atenció i la definició dels circuits assistencials: assistència primària, psiquiàtrica i de salut mental i atenció especialitzada. Per això s'han redefinit els recursos de cadascun dels escenaris institucionals següents:

### *Hospitals generals*

- Serveis d'urgències: proveir d'atenció immediata les complicacions físiques dels TCA.
- Medicina interna: atenció a les complicacions cròniques i a les infeccions dels TCA.
- Ginecologia: donar una especial atenció a l'amenorrea secundària en la malnutrició. Fer un diagnòstic i un seguiment de l'osteoporosi.
- Endocrinologia: fer un tractament de la diabetis i de les tiropaties associades als TCA.
- Pediatria: dirigir esforços a la prevenció dels TCA i fer-ne un diagnòstic precoç, amb la col·laboració de la xarxa de salut mental.



#### *Atenció especialitzada en salut mental*

- Centres de salut mental: programa terapèutic específic amb personal especialitzat.
- Hospital de dia amb programes específics i personal especialitzat.
- Unitats especialitzades: per a casos resistents i per a casos d'evolució crònica i amb comorbiditat amb trastorn límit de la personalitat i/o consum de drogues.
- Coordinació amb altres nivells assistencials: atenció primària i especialitzada.

#### *Atenció primària de salut*

- Detecció precoç i valoració diagnòstica.
- Control biològic, tractament i seguiment.
- Prevenció terciària.
- Interconsulta i seguiment de casos conjuntament amb els centres de salut mental o formació continuada.

El dispositiu assistencial públic per als trastorns del comportament alimentari a Catalunya comprèn els recursos detallats a la taula, amb nou unitats especialitzades en TCA, de les quals no sabem el nombre exacte de places i/o llits.

**Taula 8. Recursos de la xarxa sanitària de Catalunya**

Tipus de recurs	2004
Àrees bàsiques de salut (ABS) en funcionament	348
Centres de salut mental infantil i juvenil	42
Centres de salut mental d'adults	69
Llits d'aguts en hospitals psiquiàtrics	454
Llits d'aguts de psiquiàtrics en hospitals generals	419
Places en hospitals de dia d'adults	540
Places en hospitals de dia infantils i adolescents	245
Unitats especialitzades de TCA	9
Places en hospitals de dia en unitats especialitzades	124

Font: Departament de Salut, 2004

Finalment, cal esmentar els dispositius oferts pel sector privat, que ofereixen consultes externes i serveis d'ingrés i d'hospital de dia, amb unes llistes d'espera inexistents o més curtes que en el sector públic i amb tractaments de més durada. La majoria són a la demarcació de Barcelona i juntament amb els públics fan que a Catalunya hi hagi la xarxa de recursos especialitzats en el tractament dels trastorns del comportament alimentari més gran de tot l'Estat.

## 2.4 Programes de prevenció

El Pla de reordenació de l'atenció als trastorns del comportament alimentari des de la xarxa pública a Catalunya (2005), proposa com a actuacions dirigides a l'àmbit de la prevenció dels TCA la implantació de programes de prevenció en els centres d'atenció primària (CAP) i en les escoles, i la promoció de programes de prevenció inespecífica elaborats per l'Associació Catalana Contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB), una associació d'autoajuda que disposa de psicòlegs que treballen en formació i consultoria amb professionals sanitaris, familiars d'afectats, educadors i infants i joves.

Pel que fa als CAP, les funcions assignades es detallen en l'apartat anterior, i s'adrecen a la detecció i intervenció precoç. Per fer-ho, s'aposta per la formació continuada dels professionals d'aquesta àrea de salut i per la interconsulta, que permet al metge de família resoldre qüestions puntuals amb el suport d'un professional de la salut mental i donar continuïtat al tractament del seu pacient.

En l'entorn educatiu, el pla promou el programa Salut i Escola, dirigit a promocionar la salut alimentària i fer una detecció precoç entre els escolars, la població amb més risc de TCA. Els seus objectius són la promoció de la salut mitjançant la difusió d'estils de vida saludables i la detecció precoç mitjançant la disponibilitat de consultes obertes a les escoles. Es tracta de donar continuïtat a uns recursos que ja s'estaven emprant abans, però ampliat, tot proporcionant formació al personal d'infermeria en les habilitats d'atenció a l'adolescent.

Hi ha un conveni amb el Departament d'Educació encaminat a promoure hàbits i estils de vida saludables als instituts d'educació secundària, entre els quals l'educació nutricional ocupa un lloc privilegiat en la prevenció dels TCA. El conveni implica que un professional sanitari —una infermera— visiti una vegada per setmana l'institut de secundària (IES), i que l'adolescent pugui consultar-li qualsevol problema relacionat amb aquestes malalties. D'aquesta manera s'intenta fer una detecció precoç dels senyals d'alarma.

La Direcció General d'Ordenació i Innovació Educativa del Departament d'Educació du a terme actuacions per incorporar l'educació sanitària als centres docents pel que fa a alimentació, TCA, prevenció de drogodependències, menjadors escolars, higiene, seguretat escolar, salut mental, sexualitat, sida, malalties cròniques, etcètera. El seu objectiu últim és impulsar una actitud i un "estil de vida" saludable assumit des del conjunt de la comunitat educativa:

"En l'etapa d'educació primària es pretén que els nens desenvolupin la capacitat de valorar la higiene i la salut del seu cos. En l'etapa d'educació secundària obligatòria es pretén que els joves desenvolupin la capacitat de valorar críticament els hàbits socials relacionats amb la salut, el consum i el medi ambient" (Sistema d'Atenció Ciutadana, Generalitat de Catalunya)

S'insisteix en la modificació dels "hàbits" a través de la prevenció i promoció per a la salut. L'escola continua essent vista com un àmbit fonamental per a la prevenció i promoció de la salut, malgrat els límits que Lourdes Garcia Vinyets (1999) va destacar en els programes de salut escolar de la Generalitat. Aquest programa depèn del Departament d'Educació, però en etapes anteriors va ser competència única del Departament de Salut. Ambdós departaments planifiquen, dirigeixen, garanteixen i n'avaluen l'execució.

Amb relació als TCA, i en paraules de la persona responsable del programa, aquest "ofereix una guia per a tot aquell educador o educadora que es dediqui a la prevenció dels trastorns del comportament alimentari, l'anorèxia o la bulímia". En la guia es té en compte la idea de l'alimentació com a font de salut, i es considera que les necessitats nutritives i energètiques són el punt que s'ha de tenir més en compte en la prevenció dels TCA, curiosament el mateix contingut que s'aplica en els tractaments a pacients amb TCA. En conseqüència, es fan recomanacions alimentàries de caràcter dietètic:

1. Sobre el grup d'aliments i el nombre de racions diàries.
2. Sobre com s'han de complementar diàriament els diferents menjars (esmorzar, berenar, sopar, etcètera).
3. Proporcionant exemples de com hauria de ser un repartiment dels grups bàsics d'aliments al llarg del dia i un menú.

També es fan activitats de formació dirigides al professorat i a la comunitat educativa en general: intervencions informatives dirigides a l'alumnat, pares i mares, professorat, etcètera. Aquesta estratègia vol, en paraules de la responsable del programa, potenciar "la interacció entre els diversos sectors que formen el conglomerat a

través de l'educació nutricional; l'educació afectiva i sexual; la higiene i uns hàbits saludables, i la prevenció de drogodependències”.

Hi ha també una guia per a educadors i educadores en la prevenció dels TCA —anorèxia i bulímia nervioses—, resultat d'una de les accions previstes en pla interdepartamental pels TCA. En la seva redacció i elaboració hi han participat el Departament d'Educació, el Departament de Salut, la Secretaria de Joventut (Departament d'Acció Social i Ciutadania), la Secretaria General de l'Esport (Departament de la Vicepresidència), l'ACAB (Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia), el Col·legi de Psicòlegs de Catalunya i el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Els seus objectius són:

1. Sensibilitzar els educadors en relació amb els trastorns del comportament alimentari que presenten alguns infants i adolescents.
2. Potenciar els aspectes del creixement personal dels infants i joves que semblen contribuir a protegir-los contra aquestes patologies.
3. Afavorir la detecció precoç d'aquests trastorns.
4. Donar pautes per col·laborar en el procés de curació.

Es dirigeix a les persones que intervenen en l'educació dels nens i nenes i els adolescents i els joves; principalment, a mestres i professors, famílies i monitors en general.

A més, preveu millorar la cartera de serveis en l'atenció als TCA entre adolescents, joves i adults. Els detalls sobre aquestes millores i la implantació de programes de prevenció apareixen al Pla de salut mental i addiccions, presentat el 2006.

## 3. Aproximació teòrica i metodològica

---

### 3.1 Objectius

Avui hi ha nombroses situacions de desigualtat i discriminació social que es manifesten amb l'emergència de problemes de salut que afecten més determinats col·lectius de la població; en els TCA, les principals afectades són les adolescents i les joves. L'origen i el manteniment d'aquestes situacions depèn molt de l'entramat sociocultural —complex i dinàmic— en què es produeix aquesta desigualtat estructural. Atenent aquesta premissa, l'objectiu principal de la recerca ha consistit a donar compte de la "lògica cultural" que, directament relacionada amb els processos de socialització dels infants i joves, està afavorint la generalització de certes pràctiques alimentàries —dieta, dejuni, afartament, desestructuració—, imatges corporals —primor, musculació, exercici— i estereotips de gènere desiguals —femenins/masculins— entre un grup d'edat especialment vulnerable, atesa la seva situació de "transició" i "construcció" física, personal i social. Pensem que si esbrinem o intentem donar compte dels mecanismes que sustenten aquesta lògica cultural podrem establir les bases per aconseguir, en el cas dels TCA, una intervenció integral, és a dir, biopsicosocial.

Objectius específics:

1. Analitzar les relacions entre pràctiques alimentàries, estils de vida i salut en adolescents i joves.
2. Establir les diferències i similituds que es produeixen segons les edats —adolescents i joves—, el gènere —nois i noies— i l'origen ètnic —població autòctona i immigrant— respecte als hàbits alimentaris, les imatges corporals i els estereotips de gènere.
3. Relacionar aquestes diferències i similituds amb la causalitat dels TCA.
4. Fer una anàlisi dels marcs interpretatius dels TCA, tant des del vessant assistencial sanitari —professionals— com des del punt de vista dels adolescents i joves diagnosticats d'anorèxia i bulímia nerviosa.
5. Establir recomanacions per millorar les actuacions polítiques en els dispositius institucionals —familiar, educatiu, lleure— i, si escau, assistencials.

### 3.2 Hipòtesis de treball

La principal causa de l'increment dels TCA s'explica, en gran mesura, per les ràpides i profundes transformacions socioeconòmiques i culturals que han afectat les societats industrialitzades, entre les quals la catalana. Aquests canvis han modificat radicalment i estructuralment els models de gènere, les imatges i cures corporals i els comportaments alimentaris. A partir d'aquesta premissa, les nostres hipòtesis són les següents:

1. Com que els adolescents i joves estan en un procés continuat de "construcció" física, psicològica i social, serien uns receptors especialment sensibles dels models i pràctiques culturals que es difonen, d'una manera desigual i contradictòria, mitjançant els agents socialitzadors, incloent-hi la família, l'escola, la feina, els mitjans de comunicació social i el teixit sanitari. Una bona part d'aquests referents culturals sobre el cos, el gènere i el menjar es prendrien com a elements claus de la seva identitat grupal.
2. Juntament amb l'edat, les variables de gènere, classe social, composició familiar i origen ètnic donarien compte de les diferents actituds i percepcions que els joves tenen respecte del cos, el menjar i els estereotips físics i de gènere. En conseqüència, també explicarien la seva vulnerabilitat a les conductes de risc que poden afectar la seva salut mental i física.
3. Els canvis produïts en els models de gènere no haurien evitat que les noies i les dones continuïn ocupant una posició desigual en l'estructura social i que, en relació amb els rols socials i els estereotips físics, els valors sobre el menjar, la salut i el cos mantinguin actituds força diferenciades entre homes i dones. L'ambigüitat respecte als rols socials i els estereotips físics assignats a les dones —dialèctica entre dones objecte/subjecte, dones productores/dones reproductores/dones consumidores i els ideals corporals femenins prepuberals/joves— condicionarien d'una manera diferent les pràctiques alimentàries i les cures del cos.

4. Els TCA ja no serien síndromes vinculats a la cultura, és a dir, una constel·lació de signes i símptomes categoritzats com a malaltia i restringits a certes societats a causa de característiques psicosocials distintives de cultures particulars, sinó com a síndromes de canvi cultural que es donen entre persones que han estat sotmeses a canvis socials ràpids, com és el cas dels adolescents i els joves immigrants que arriben a Catalunya. El ràpid canvi cultural i el consegüent esforç d'adaptació —en unes condicions socioeconòmiques que en la majoria dels casos són adverses— poden influir en l'aparició de certs comportaments alimentaris. Aquests trastorns no es poden explicar únicament ni de manera universal per la persecució obsessiva d'un determinat patró social de bellesa, sinó que responen a una varietat simptomatològica que és obviada per les orientacions de tipus biomèdic quan suposa un desafiament en les seves expectatives de construir una nosologia universal.

### 3.3 Metodologia i tècniques d'anàlisi

#### 3.3.1 Població i mostra

L'àmbit geogràfic on s'ha portat a terme la investigació és Catalunya, tot i que el treball de camp s'ha fet principalment a Tarragona i a Barcelona. Es tracta de dos nuclis urbans amb unes característiques sociodemogràfiques diferents, però alhora amb molts aspectes en comú, ja que al llarg de les darreres dècades hi han anat confluint factors clau en els processos de canvi social i de l'anomenada tendència a "l'occidentalització" dels seus modes de vida: industrialització, urbanització, salarització del mercat de treball, perllongació de l'escolarització, incorporació de la dona al treball remunerat fora del nucli domèstic, precarització de les condicions laborals —salari, torns, horaris—, són ciutats de destí de migracions estatals, europees i extracomunitàries, modificació de les estructures familiars, increment dels preus de l'habitatge, dificultats d'accés a l'ocupació qualificada, etcètera. La incidència de bona part d'aquests factors és central per a l'estudi del tema que ens ocupa.

L'estudi es basa en l'anàlisi comparativa entre grups de nois i noies segons variables sociodemogràfiques, amb especial atenció sobre les variables d'edat, gènere i origen ètnic. Ens hem centrat principalment en dos grups d'edat de la població jove. En el primer, hem seleccionat nois i noies d'entre 10 i 17 anys —preadolescència i adolescència—, mentre que el segon grup inclou joves de 18 a 29 anys. No és fàcil establir línies divisòries no arbitràries entre els joves, ja que estem davant d'un continu biopsicosocial de canvis. Hem optat, però, per dividir la mostra en dos grups per dur a terme una anàlisi comparativa de les transformacions que tenen lloc en aquests trams d'edat socialment diferenciats, ja que aquesta evolució pot tenir una repercussió directa sobre els modes de vida, les pràctiques alimentàries, els estereotips de gènere i la imatge corporal. Com que en les nostres hipòtesis de treball donem rellevància al paper que té l'enculturació en referència als hàbits alimentaris, les representacions de gènere i les cures del cos, també creiem oportú tenir en compte les valoracions, almenys, d'un dels principals agents socialitzadors, els professionals de la salut.

En aquesta recerca hem optat per una via d'anàlisi basada en la significació més que en la representativitat de la mostra. L'aplicació de tècniques qualitatives ens ha permès de respondre als nostres supòsits a partir d'un nombre relativament reduït de casos, tot i que són rellevants per la seva especificitat personal i social. D'una banda, hem seleccionat una mostra significativa de nois i noies de 10 a 29 anys (50), amb la mateixa proporció per grups d'edat (10-17 i 18-29) i per gènere, ateses també altres variables sociodemogràfiques com la composició familiar, la classe social i l'origen ètnic. A causa de l'actual realitat multicultural catalana ens ha semblat oportú incorporar joves de diverses procedències geoculturals.

Els aspectes que vam tenir en compte en els nois i noies immigrants en seleccionar-los van ser la cultura d'origen, la seva situació en la societat receptora i la predisposició a parlar de temes referents als seus ideals corporals, gènere i cultura alimentària. Ens hem centrat en adolescents i joves marroquins i equatorians (10+10), perquè són els dos col·lectius d'immigrants extracomunitaris més nombrosos segons l'IDESCAT (2001). La població de marroquins i equatorians d'entre 15 i 29 anys representa a Catalunya un 34,1% i un 8,5% de la població total catalana entre aquestes dues edats. La recerca dels informants es va fer en escoles, instituts i la universitat de la ciutat de Tarragona, amb l'acord previ —en el cas dels dos primers— dels responsables del centre, als quals es va informar de les característiques i l'objectiu de l'estudi.

També hem seleccionat nois i noies de 10 a 25 anys diagnosticats de TCA —AN, BN i TCANE— per fer una anàlisi dels marcs interpretatius d'aquests trastorns en adolescents i joves. Aquesta selecció (10+10+7) s'ha fet d'acord amb les variables sociodemogràfiques d'edat, gènere i origen ètnic, però per la dificultat de trobar

immigrants amb TCA no ens hem restringit a les nacionalitats esmentades abans. La recerca d'informants s'ha fet mitjançant la col·laboració de psiquiatres i psicòlegs dels serveis de psiquiatria infantojuvenil (CSMIJ), els centres de salut mental (CSM), hospitals de dia i centres privats de tractament de Barcelona i Tarragona.

La selecció dels professionals de la salut s'ha fet en una segona fase del treball de camp, tenint en compte la seva experiència en TCA i la seva disponibilitat.

Quadre resum sobre els informants

	<b>Joves</b>	<b>Joves diagnosticats: TCA</b>	<b>Joves diagnosticats: TCANE</b>
<b>Edat</b>	De 10 a 17 .....34	De 10 a 17..... 7	De 10 a 17 .....4
	De 18 a 29 .....36	De 18 a 29..... 12	De 18 a 29 .....4
	Més de 29.....0	Més de 29 ..... 8	Més de 29 .....2
<b>Sexe</b>	Dones .....38	Dones..... 22	Dones .....9
	Homes .....32	Homes..... 5	Homes .....1
<b>Origen</b>	Catalunya.....50	Catalunya ..... 20	Catalunya.....10
	Equador ..... 10	Altres ..... 7	
	Marroc ..... 10		

<b>Grups de discussió</b>	
Professionals	2
Pares (mares)	1
Educadors	1

<b>Professionals</b>	
Psiquiatres	4
Psicòlegs	9
Infermeres	5
Treballadores socials	1
Dietista	1

### 3.3.2 Metodologia

Hem treballat amb un nombre de casos reduït per aplicar tècniques d'anàlisi qualitativa que ens han permès de reconstruir i explicar l'entramat cultural sobre el qual se sustenten els TCA. La majoria d'estudis en aquest àmbit s'han fet des de l'epidemiologia, tot emprant tècniques d'anàlisi quantitatives —aplicació de qüestionaris tancats i entrevistes estructurades— que dificulten la comprensió global de la multicausalitat dels TCA. En els darrers anys la metodologia qualitativa està sent més utilitzada en els estudis sobre salut, ja que evita l'abstracció i la sistematització que requereixen els estudis estadístics i també el risc de deixar de

banda aspectes importants per a les generalitzacions. Utilitzant aquesta metodologia es vol, principalment, trobar el significat i la lògica de certs comportaments: entendre'n el què, el com i el perquè sense assumir que els subjectes són objectes. El principal avantatge de la metodologia qualitativa és la seva validesa i la seva proximitat a les pràctiques quotidianes. Proposem, doncs, fer una monografia basada en el mètode etnogràfic que recull dos nivells d'anàlisi diferents:

1. Actualització i revisió bibliogràfica. Posada al dia de les novetats bibliogràfiques que han anat apareixent sobre els TCA durant els darrers anys en els àmbits de la psiquiatria, l'etnopsiquiatria, la psicologia, l'antropologia i la sociologia, fent èmfasi en les variables d'edat, gènere i immigració.
2. Treball de camp. Posada a prova de les nostres hipòtesis tot treballant amb els nois i les noies seleccionats i els professionals. L'observació etnogràfica s'ha portat a terme en el teixit assistencial.

Les tècniques de recollida d'informació que hem emprat en aquest projecte són l'observació directa, les entrevistes en profunditat i els grups focals. A més, en els casos més significatius hem fet servir relats biogràfics, que permeten reconstruir moments clau i la interiorització de determinats canvis en el cicle vital dels joves, que afecten la concepció del cos, de la feminitat/masculinitat, el menjar i el gènere. D'altra banda, els grups focals són beneficiosos perquè, en intervenir-hi més d'una persona, hi afloren punts de vista complementaris o contradictoris que aporten una riquesa qualitativa a l'estudi que la resta de tècniques no proporcionen. Els processos de negociació que es produeixen entre els actors socials han estat d'un gran interès per analitzar la variabilitat en la causalitat.

La informació recollida ha necessitat una transcripció literal. Per estructurar tot el material obtingut, hem fet un buidatge i una anàlisi de contingut segons l'agrupació de temes prioritars dividits per ítems. La informació s'ha incorporat en una base de dades del programa d'anàlisi qualitativa MaxQda amb l'objectiu d'optimitzar la informació recollida.

## **SEGONA PART.**

**Una aproximació antropològica a l'estudi  
dels trastorns del comportament alimentari a Catalunya**





## 4. Pràctiques alimentàries, imatges corporals i representacions de gènere entre els joves a Catalunya<sup>16</sup>

---

L'objectiu principal d'aquest apartat és delimitar en quina mesura els adolescents i joves, com a membres d'un grup que es troba en un procés de construcció física, psicològica i social, són receptors dels models de gènere, les imatges i cures corporals i els comportaments alimentaris que caracteritzen actualment la nostra societat. Aquests models es correspondrien amb una "lògica cultural" directament relacionada amb els processos de socialització d'infants i joves, que afavoreix la generalització de certes pràctiques alimentàries —dieta, dejuni, afartament, desestructuració—, imatges corporals —primor, musculació, exercici— i estereotips de gènere— femenins/masculins. Aquesta primera anàlisi no ens fa descuidar la consecució d'un segon objectiu, que també queda reflectit en les pàgines següents. Ens referim a l'anàlisi de determinades variables socials com ara l'edat, el gènere i l'origen ètnic.

### 4.1 Els joves autòctons

#### 4.1.1 Socialització, comportaments alimentaris i estils de vida

En els adolescents i els joves, el menjar té un paper crucial en la seva enculturació. Els espais socialitzadors com l'escola, l'institut o la família conformen la socialització alimentària en aquests grups d'edat. Molt més enllà de "nodrir-se", adolescents i joves aprenen habilitats socials mitjançant els aliments, com ara comunicar-se amb els altres, i mercès a l'intercanvi d'aliments, la comensalitat, la celebració o el regal, entre d'altres (Contreras i Gracia, 2004). Durant aquestes etapes s'enceten i es mantenen diferents pràctiques, totes associades a la necessitat de reivindicar la identitat generacional. Com a conseqüència, apareix sovint una ruptura entre la norma dels adults i la funció social que aconsegueix l'alimentació durant aquest període de temps (Garabuau-Moussaoui, 2001). Per això, cal qüestionar el reduccionisme amb què, de vegades, s'aborda la comprensió dels estils de vida d'aquests grups. Per exemple, menjar determinats aliments o beure determinades begudes —*fast food*, entrepans, *litrona*— i, a més, fer-ho d'una determinada manera —amb les mans, asseguts a terra, etcètera—, pot significar, molt més enllà d'unes pautes alimentàries desestructurades o "incorrectes", una manera d'expressar la identitat grupal i de contravenir a les regles marcades pel món adult.

Començarem la nostra argumentació preguntant-nos quin és el context en què se socialitza l'adolescent i el jove avui i quines pautes alimentàries són les que serveixen de base a la seva enculturació.

Diu els educadors que "hi ha molts pocs nens que facin àpats familiars, habitualment són més individuals. La majoria de nens dinen sols, a casa, i amb molta sort es troben el dinar fet i només l'han d'escalfar; els altres han de fer el menjar, i un comentava que aniria a casa i es faria una truita a l'hora de dinar...". Això es presenta a les entrevistes. Els joves de tots dos grups d'edat expliquen les dificultats que tenen per fer els àpats amb la resta dels membres del grup domèstic, ja que sovint els seus horaris no coincideixen.

*Mi padre siempre cena el último, la cena a la hora que quiere. Las horas que siempre coincido en la comida y la cena es con mi hermano siempre y mi madre, que come cuando quiere, igual que mi padre. Mi madre llega a las diez de trabajar...* (D, 15)

Habitualment menjo sol i de forma ràpida. (H, 17)

*Como solo a mediodía, que es cuando no hay nadie en casa, y acompañado de mis padres o de mi compañero de piso a la hora de cenar.* (H, 21)

"Jo tenia horari de tarda, anava de tres a nou, però anava a l'Autònoma, agafava el ferrocarril i arribava a les deu i hi havia dies que m'esperaven per sopar, però hi havia dies que no. Llavors, si sopava sola, sopava sola, i si no, anava al menjador. Però molts cops, clar, ells se n'anaven a dormir i com que jo, pues em quedava allà, i què feia...? Començava a menjar: "Pico una galeta", "Va, vaig a la cuina a agafar una altra", "Vinga, una altra...", i així vaig començar a descontrolar-me..." (D, 28)

---

16 En aquest apartat treballarem exclusivament amb població general, no diagnosticada de TCA.

Aquestes constatacions coincideixen amb els estudis de l'ODELA (Contreras i Gracia, 2004, 2006). “Dinar a casa” no vol dir necessàriament dinar amb companyia, ja que l'àpat familiar “tradicional” està sotmès a canvis. Segons aquests resultats, no està provada la identificació mecànica entre un “model alimentari de casa” o “familiar” i una estructura alimentària amb unes pautes que coincideixin amb “bones” pràctiques (Espeitx, 2005), per exemple: àpats de tres plats —primer, segon i postres—, cuina casolana i comensalitat. Avui, “menjar familiar” no és sinònim de “menjar estructurat”. Hi ha una individualització i una simplificació dels àpats, tant pel nombre d'àpats que es fan en solitari com per l'ampliació de les franges horàries i la diversificació dels llocs on es menja (Contreras i Gracia, 2004: 171). “Menjar a casa” no implica “menjar amb la família”, menja quan pot, on pot i el que pot (Contreras i Gracia, 2006). Més que parlar d'uns models alimentaris dels joves que segueixen un itinerari lineal del tipus: “estructuració (familiar) / desestructuració (un cop independitzats) / reestructuració (posterior, sobretot en els casos en què el jove conviu en parella, o bé té fills)” (Espeitx 2005), hauríem d'afirmar l'existència a la nostra societat d'unes estructures alimentàries molt més flexibles, que ja afecten l'infant i el jove en l'àmbit familiar d'origen.

Aquesta circumstància fomentaria la presència d'una multiplicitat de discursos al voltant del fet alimentari i podria arribar a generar un sentiment de manca de referències clares, o bé d'ambivalència davant del què, com, quan i per què menjar. Tot aquest procés es dona dins un període vital especialment important pel que fa a la interiorització de models i pràctiques, com és l'adolescència i la joventut.

A vegades les preferències i aversions dels nens i de les nenes i dels joves incideixen de manera determinant en les eleccions de compra i consum del grup domèstic. Una noia de 15 anys deia que “*como lo que prefiero en casa, en el colegio no*”, mentre que una altra —de Lleida, 18 anys— que passa el seu primer any d'universitària a Barcelona afirma que “no menjo el que prefereixo, ja que com que m'estic a la residència i em posen el menjar, no puc triar”. El consum divers de fruita i verdura fresca que es dona entre parelles amb fills i sense, en el primer cas és més baix que en el segon (Contreras i Gracia, 2006: 29), ja que un dels factors determinants d'aquestes divergències podria trobar-se en la negociació dels gustos alimentaris entre la persona responsable de l'alimentació —habitualment, la mare— i la resta de membres, entre els quals hi ha els fills.<sup>17</sup> A les entrevistes es manifesta la preferència, per part dels joves dels dos grups d'edat, d'un espectre reduït d'aliments, entre els quals dominen la pasta i la carn. També rebutgen les verdures, tot i que cal tenir en compte que a més edat més tolerància a determinats aliments, entre d'altres la verdura. Hi ha una relació evident entre l'acceptació i el rebuig d'aliments segons la manera de preparar-los i de presentar-los. Les amanides tenen un cert èxit per la possibilitat d'incloure-hi una varietat d'ingredients i d'amaniments, i perquè es mengen crues i no són bullides, una forma de preparació més aviat impopular entre els joves.

M'agrada la pasta i no suporto els cigrons. (H, 17)

*Me gusta la pasta y la carne. Me gustaría comer más verdura y pescado* (H, 21)

M'agraden les amanides i la carn. (H, 24)

M'agrada la pasta i no m'agrada la verdura, el rotllo soso no m'agrada. (D, 25)

Hauria de menjar més fruita i verdura [...] m'agrada molt la pasta. (D, 19)

Un dels trets característics de la societat actual és la freqüència amb què els nens i els joves romanen sols a casa.

*Los días entre semana estoy sola desde las cinco que llego del colegio hasta las siete que llega mi padre.* (D, 15)

*Paso tiempo solo porque mis padres trabajan.* (H, 15)

Passo temps sol perquè no hi ha ningú més. (H, 17)

Hi ha excepcions perquè moltes dones són mestresses de casa o bé tenen feina amb horari partit i/o parcial, “*no paso tiempo sola, sólo cuando mi madre va a comprar o mis padres a buscar a mi hermano a catequesis*” (D, 12).

17 Efectivament, tal com el mateix estudi indica, el gust per la verdura en infants i joves és baix, tot i que apareix una tendència a l'alça amb l'edat (2006: 59).

Els més grans, com tenen una major autonomia, ocupen el seu temps amb activitats diverses, com les que tenen a veure amb la sociabilitat juvenil: “Els dies laborables treballa pel matí i per la tarda, i un cop acabada la feina acostumo a anar un rato amb els meus amics” (H, 23). El temps dels adolescents i joves està ple d’activitats extraescolars i lleure extradomèstic. Hom hi dóna molta importància i en moltes ocasions entra en competència amb l’organització dels àpats. Si això passa és perquè la dedicació a les tasques alimentàries exigeix predisposició en termes de temps i coneixements. Tot i que aquestes circumstàncies poden variar,<sup>18</sup> els informants consideren que l’alimentació acostuma a ocupar un lloc secundari en els seus interessos. Els joves participen intensament en activitats extradomèstiques, i deixen de banda les que tenen a veure amb el fet alimentari.

Faig tres o quatre hores de música durant la setmana, a més de dues hores de banda. (D, 13)

No paro en tot el dia. Pel matí estudio, a la tarda vaig a l’escola d’art... al cap del dia estàs molt cansat. (D, 18)

Entre setmana estic a casa fent els deures i estudiant, i si tinc temps surto amb els amics a jugar una mica a bàsquet. (H, 13)

*Para cenar varío las comidas dependiendo de los entrenamientos de básquet. (H, 22)*

L’anàlisi de les entrevistes i de les graelles d’activitats mostra que, a casa, es fa un ús freqüent de l’ordinador o la televisió.<sup>19</sup> En l’ordre de preferències, la comunicació virtual amb els amics és rellevant, tant si estan sols com acompanyats, i no només de manera exclusiva, sinó que simultàniament amb altres tasques, com menjar.

Sí, miro la tele... no en tots els àpats... A l’hora d’esmorzar, com que és un àpat que el faig ràpid, doncs no miro la tele ni escolto la ràdio, però en principi, el dinar i el sopar, sí... (H, 22)

Quan comparteixen amb el grup familiar un àpat, o quan ho fan amb el grup d’iguals, l’alimentació pren més importància perquè, tal com comenta algun jove, es menja en companyia, i molt especialment, en companyia dels amics. Això passa també amb el menjar a l’escola o a l’institut que “agrada” perquè al menjador escolar es pot passar una bona estona xerrant amb els companys de taula. S’evidencia així la importància de la sociabilitat que acompanya l’acte alimentari, i la influència del grup d’iguals en l’establiment de normes i gustos.

En el nostre estudi han quedat paleses les diferències de gènere pel que fa als comportaments alimentaris i als estils de vida dels joves. Si en els dos grups (home/dona) hi ha una percepció generalment satisfactòria de la pròpia alimentació, hi ha diferències en relació a les eleccions alimentàries.<sup>20</sup> Si entre les noies els conceptes de “calories” i “saludable” són gairebé constants, entre els nois no apareixen amb tanta freqüència i si apareixen, ho fan lligats a casos de sobrepès i obesitat.

---

18 Per exemple, fent servir diferents tecnologies, com ara el microones, o bé determinades preparacions, com l’amanida.

19 Segons el CIIMU (2004), aquestes dades es diferencien segons el gènere (televisió: 61,1% d’homes i 58,2% de dones; jugar a l’ordinador o la videoconsola: 27,1% d’homes i 6,7% de dones; Internet: 3,8% d’homes i 2,3% de dones), i l’edat (televisió: 61,9% del grup de 18-19 anys; 62,6% del grup de 20-24 anys; 55,65% del grup de 25-29 anys; jugar a l’ordinador o la videoconsola: 24,1% del grup de 18-19 anys; 17,6% del grup de 20-24 anys; 13,7% del grup de 25-29 anys; Internet: 3,5% del grup de 18-19 anys; 2,7% del grup de 20-24 anys; 3,3% del grup de 25-29 anys).

20 Per definir les eleccions han escollit entre gust, preu, calories, que siguin saludables, que siguin fàcils de preparar.

HOMES	DONES
<i>Sabor y precio me parecen importantes, luego, que yo considere que son sanos. El contenido calórico no lo miro nunca.</i> (H, 21)	Que siguin saludables, contingut calòric, sabor... (D, 18)
Sabor, preu, fàcils de preparar. (H, 22)	Sabor, saludables, contingut calòric... (D, 13)
<i>Sabor, saludable, fácil de preparar.</i> (H,24)	Saludables, sabor, contingut calòric. (D, 22)
<i>Sabor, saludable, precio.</i> (H,15)	Saludables, sabor, contingut calòric. (D, 18)
Fàcil, sabor, preu. (H,17)	
<i>No suelo fijarme mucho en lo que más me gusta, sino en lo que más me conviene.</i> (H, 21)	

Les activitats dels nois i les noies també mostren diferències significatives. Si tots dos grups semblen fer esport i/o anar al gimnàs per gust, en les dones aquesta pràctica té més a veure amb mantenir el pes o amb aprimar-se. Ara bé, les dones utilitzen més sovint el menjar que l'esport quan es tracta de no corregir perdre quilos.

Quan surto de l'institut me'n vaig normalment una hora, hora i algo al gimnàs. Els caps de setmana si puc algun dia surto també amb bici o patins. Faig esport per desconnectar i guardar la línia. (D, 19)

*El fin de semana estoy todo el rato bailando, no paro de bailar [...]. Me han dicho que si estoy todo el rato bailando pierdo calorías, está bien.* (D,15)

*Hago ejercicio porque me gusta y porque creo que es saludable.* (D, 15)

Faig esport, en primer lloc per aprimar-me. (D, 18)

*En mi tiempo libre suelo hacer un par de horas o tres de gimnasio [...]. Me siento obligado porque últimamente he ganado peso.* (H, 21)

Faig esport habitualment per estar en forma i divertir-me. (H, 24)

Durant la setmana estudio i faig esport i durant els caps de setmana faig més esport. (H, 18)

Ens hem interrogat també sobre el grau de competències alimentàries que adquireixen els joves i la possible incidència d'aquest factor en les conductes alimentàries "poc estructurades". Com assenyalen investigacions anteriors (Espeitx, 2005; Contreras i Gracia, 2006), el grau de competències alimentàries entre els joves és molt reduït. Per saber quina importància es dóna al fet alimentari en els espais on els joves aprenen a menjar, hem explorat quins són els factors amb què s'associa el menjar. Hem obtingut resultats similars entre els dos grups d'edat: els adolescents i joves responen majoritàriament que el menjar a casa s'associa amb aspectes que tenen poc a veure amb el "plaer" o la "sociabilitat", com són la "discussió", "satisfer la gana", la "rutina" i l'"obligació".<sup>21</sup>

Sovint els sabers culinàries dels joves queden reduïts a pocs aliments, preparacions i tècniques de cocció. Un mestre que dóna un crèdit de cuina a alumnes de 14 i 16 anys afirma que "hem detectat que tenen moltes dificultats per provar aliments nous, gustos nous, tenen un nivell de gustos... Estan acostumats a un nivell molt reduït d'aliments i aliments nous o tècniques de cocció diferents, quan no és conegut, els hi resulta difícilíssim, fins i tot a nivell de provar-ho, tenen... un nivell de gustos molt petit i tenen, no sé si... mengen moltes vegades lo mateix...". Per grups d'edat, s'observen més habilitats i autonomia entre els més grans, tot i que aquestes competències se situen dins un espectre reduït d'aliments, preparacions i tècniques de cocció.

21 Tot i això, hem de tenir en compte les excepcions, per exemple, les que tenen a veure amb les diferències entre les funcions dels àpats ordinaris i els extraordinaris. Tal com comenta un altre jove, a casa seva mengen "per rutina i els caps de setmana, festa i campí qui pugui" (H, 17).

*Me preparo el desayuno y la merienda.* (D, 15)

Només preparo alguna cosa fàcil, com espaguetis, quan els pares no hi són. (H, 16)

*La merienda a veces y recojo la mesa.* (H, 15)

*A veces friego platos, pongo la mesa, a veces compro el pan.* (D, 15)

*Ensalada, sandwich, bocadillo, tortilla francesa... a veces ayudo a mi madre pero yo sola, no.* (D, 12)

Hi ha vegades que el preparo, sí... amanides de pasta, hi fico verdura, la pasta, després carn o peix, depèn del dia i el postre, normalment, fruita o iogurt. (D, 18)

A vegades cuino, a vegades vaig a comprar... Si cal netejar alguna cosa, tallar o fer algun procediment... també el faig... (D, 18)

No preparo res, quan arribo ja està fet [...] s'hi dedica la mare [...]. Algun cop compro, paro taula, poso estris bruts al rentaplats... (D, 18)

De vegades, els adolescents i joves expliquen que fan algun tipus de tasca alimentària perquè “els pares no hi són” o bé “la mare arriba tard de la feina”. En famílies monoparentals, els fills i filles assumeixen amb més freqüència l'ajuda o la corresponsabilització com a tasca “necessària” per al bon funcionament de la casa. Els joves que viuen sols o comparteixen pis són els que declaren tenir més habilitats, tot i que, hi ha casos d'emancipació parcial: “Preparo el menjar de dilluns a divendres; els caps de setmana, ma mare” (D, 22). Quan assumeixen la responsabilitat de la cuina, hi ha una tendència a la simplificació.

*En casa, rápida.* (D, 15)

*En casa: tradicional, pero también ensaladas y plancha.* (D, 12)

A casa meva es fa cuina casolana [...]. Quan cuino jo procuro variar la casolana amb cuina d'avui en dia. (D, 18)

Faig precuinat i ràpid (...). No m'agrada passar-me hores a la cuina. (D, 19)

A casa, tradicional, casolana, i jo, tipus amanida i planxa. (D, 22)

A casa casolana, i jo depèn del temps: entre casolana, creativa i ràpida. (D, 25)

En les noves formes de socialització alimentària es conjuguen la manca de sabers i habilitats culinàries —o la seva simplificació— amb la delegació de la cuina domèstica al sector de serveis, la indústria agroalimentària i la innovació tecnològica. Aquest traspàs és fruit de la “necessitat” o el desig d'atendre altres situacions vitals més urgents —com la de tenir una feina “flexible”, per exemple— i s'acompanya de la proliferació d'aliments servei —de quarta i cinquena gamma, els precuinats, etcètera— útils per cuinar i menjar sense una despesa de temps significativa, de l'ús d'electrodomèstics com el microones, i de tècniques culinàries específiques i “ràpides”, com la planxa.

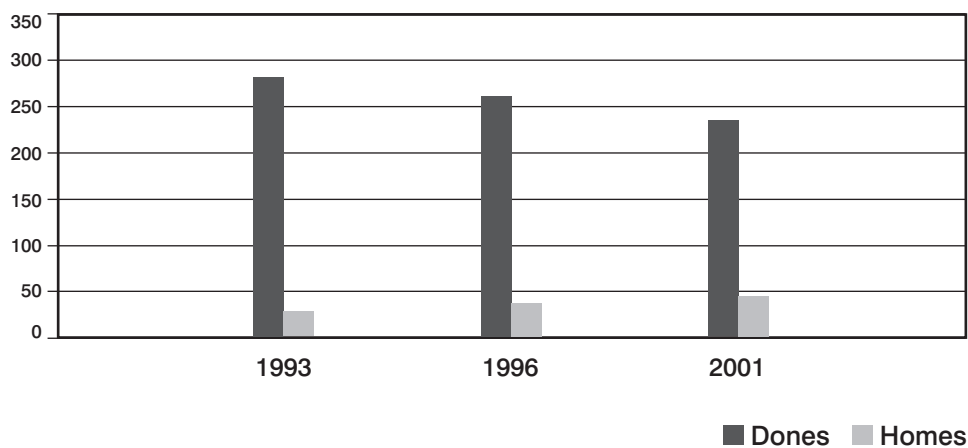
Per tant, la socialització alimentària dels joves es du a terme en un espai alimentari en què conviuen una multiplicitat de situacions i discursos que guien les eleccions, una idea ja apuntada per Gracia, 1996; Contreras i Gracia, 2004 i Espeitx, 2005. Les mares continuen sent les principals transmissores del saber fer culinari, tot i que els avis o els pares participin en el procés. Aquesta circumstància coincideix amb la progressiva delegació i compartició de les tasques domèstiques entre els membres adults del grup, tot i que això depen fonamentalment de l'edat dels pares i de l'activitat de les dones.

Cal recordar que, al nostre país, la dona es dedica majoritàriament a la feina intradomèstica,<sup>22</sup> i que és ella qui encara s'ocupa principalment de transmetre el saber fer alimentari a les joves generacions de dones dins l'espai del grup domèstic (Gracia, 1996). Aquesta circumstància es veu avalada per les dades estadístiques que l'Instituto de la Mujer elabora periòdicament sobre els usos del temps i, en particular, sobre la dedicació dels homes i les dones a les tasques domèstiques. Les gràfiques 5, 6 i 7 permeten veure l'evolució en la dedicació al treball fet a casa i les compres durant el període de 1993 a 2001.

---

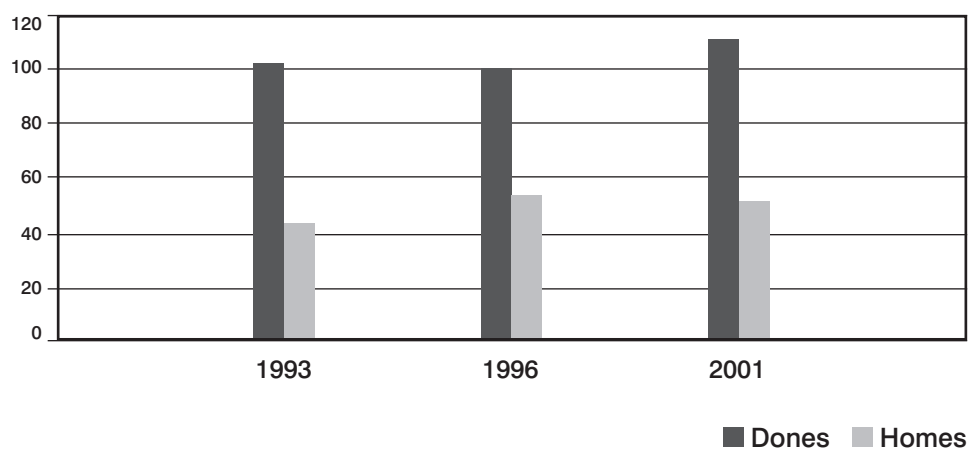
22 Caldria matisar, però, que en el grau d'aquesta dedicació té molt a veure la classe social.

**Gràfic 5. Treball de la casa (en minuts)**



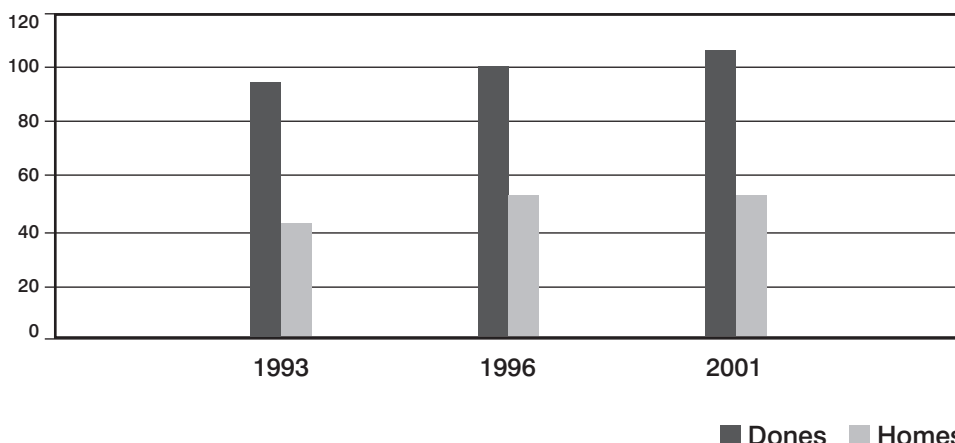
Font: *La mujer en cifras 2001*. Instituto de la Mujer

**Gràfic 6. Cura de la casa (en minuts)**



Font: *La mujer en cifras 2001*. Instituto de la Mujer

**Gràfic 7. Compres (en minuts)**



Font: *La mujer en cifras 2001*. Instituto de la Mujer

Malgrat aquestes xifres, gairebé tots els nois que han participat en l'estudi consideren necessari saber comprar i/o cuinar, i assumeixen la necessitat de responsabilitzar-se d'aquesta tasca un cop s'independitzin. Respecte d'aquesta afirmació, no hi ha diferències significatives entre gèneres, això ens dóna eines sobre la delegació de les tasques relacionades amb l'alimentació per part dels i les joves. L'assumpció d'aquestes tasques arriba, majoritàriament, quan es crea el grup propi. Mentrestant es produeixen dos fets: a) la no-adquisició de competències alimentàries i b) la delegació sistemàtica del gruix d'aquestes tasques als pares o tutors. Donat que els joves, per factors estructurals, romanen més temps a la llar parental, es produeix un allargament paral·lel tant en l'adquisició de competències com en la participació.

HOMES	DONES
<i>Creo que es importante saber las tareas.</i> (H, 21)	<i>Crec que és necessari saber cuinar i escollir els aliments perquè t'estalvis diners, problemes al cos.</i> (D, 18)
<i>Considero necesario saber comprar y cocinar, el día que decida emanciparme y vivir solo es bueno tener una base sólida, es fundamental para vivir.</i> (H, 21)	<i>Me parece importante aprender las tareas porque algún día lo tendré que hacer yo.</i> (D, 15)
<i>És important, no sempre hi ha algú que ens faci el menjar.</i> (H, 16)	<i>Es importante saber porque si no te puedes gastar mucho más dinero.</i> (D, 23)
<i>Crec que és necessari perquè tard o d'hora hauré de viure sol.</i> (H, 17)	<i>Pienso que tengo que ir aprendiendo para cuando me toque, ¿no?</i> (D, 12)

Tret d'alguna excepció,<sup>24</sup> sembla que els pares estan d'acord a donar importància a l'aprenentatge de les tasques alimentàries sense discriminació per raó de gènere. És una línia educativa avalada per l'escola i que, sens dubte, té incidència en la sensibilització d'adolescents i joves.

Els pares consideren necessari ensenyar-me aquestes tasques. (H, 16)

Els pares consideren important ensenyar-me les tasques alimentàries per no dependre del menjar basura i la cuina ràpida. (D, 18)

<sup>24</sup> Un noi comenta que "me han enseñado madre, amigos, libros... pero sobre todo amigos... en casa no me las han enseñado porque mi familia ha sido en ese aspecto bastante tradicional" (21 anys), i un altre afirma que "mi madre nunca me ha enseñado. Supongo que es por pautas culturales que ha recibido de joven... a mi hermana le está intentando educar en ese sentido..." (23 anys).



Sembla que s'associa alimentació i percepció de (co)responsabilitat masculina. A diferència de dècades anteriors, en què els homes gairebé no participaven en les feines d'aprovisionament i preparació del menjar i, contràriament, les dones eren socialitzades per fer-ho, ara ens trobem en una situació en què poden participar-hi homes i dones joves indistintament, amb el suport cada vegada més gran de l'oferta alimentària industrial i els serveis de restauració. Avui, el rol de "cuinera no professional" sembla trobar-se en via de resignificació, si més no en termes d'aspiracions socials, i en determinats estrats socials dones joves, sobretot de classe mitjana alta i superior.

Per això, cal reflexionar sobre les conseqüències de la manca de "competències", alimentàries. Quan ens referim a la manca d'habilitats estem parlant més aviat de la seva transformació. Per exemple, per preparar una "fabada" asturiana enllaunada cal saber obrir la llauna i escalfar el plat al microones. No cal conèixer la recepta. Preparar un plat saludable pot consistir en la ingestió de verdures de quarta gamma —rentades per preparades per menjar—, barrejades amb altres ingredients —llauna de tonyina, pasta i blat de moro—.

No són els parents ni els fills els únics actors de la socialització culinària. Els mitjans de comunicació de masses tenen una influència significativa en alguns grups d'edat. Els més grans en fan més ús. Un noi de 23 anys comenta que el que sap de cuina procedeix d'"els meus pares" i "un poc d'Arguiñano, de la tele". Un altre jove, al que li agrada cuinar diu que "intento hacer platos nuevos que haya visto en la televisión".

Amb tot i això, les fonts principals de saber nutricional que s'esmenten són, per ordre d'importància, l'escola i els metges. L'escola ofereix matèries relacionades amb l'alimentació i gairebé sempre ho fa incidint en el coneixement nutricional de la dieta equilibrada i menys en els aspectes socioculturals que condicionen el fet alimentari, com són la sociabilitat, la identitat grupal o les habilitats i coneixements culinàries. Conèixer aquests aspectes és fonamental per connectar el fet alimentari amb la vida diària, tot donant més importància a aspectes diversos, com la compra i l'elecció d'aliments, la distribució del pressupost, la preparació i transformació d'aquests aliments o l'ús de diferents tècniques culinàries. Aquests aspectes són invisibles en les respostes dels adolescents i joves, i hi queda reflectida l'hegemonia del saber nutricional en l'ensenyament formal i l'espai de la consulta mèdica.

He rebut informació nutricional de l'escola i del metge. (D, 18)

A l'escola del que més ens han parlat és de nutrició i salut. (D, 18)

*El contenido de la información nutricional de escuela ha sido principalmente pirámides de alimentos.* (H, 21)

*En el insti vino un día una chica a darnos una charla sobre nutrición.* (D, 23)

Més rarament apareixen altres agents socialitzadors en coneixements nutricionals. Els joves de més edat n'esmenten fonts diverses, com Internet, llibres i/o documentals, i també, ocasionalment, la formació universitària.

*He recibido información nutricional de libros, asignaturas en la facultad [estudia psicología], Internet, amigos...* (H, 21)

A l'escola ens han ensenyat nutrició, també miro algun documental, vaig cercar informació per a un treball i també quan llegeixo revistes d'esport. (D, 19)

*Información nutricional, por la tele, revistas, todas partes...* (H, 21)

He rebut informació nutricional de mon pare, de l'equip de treball i d'Internet. (H, 24)

*Me han enseñado información nutricional mi madre, padre, el médico y los profesoras.* (D, 15)

Els sabers lligats a la cuina domèstica ja no pertanyen principalment a les dones, sinó que conviuen, d'una manera més o menys simultània, amb d'altres, com per exemple el del cuiner pedagog —àmpliament representat en l'univers audiovisual—, o bé el del dietista, monitor i educador. Aquestes figures tenen un paper rellevant a l'escola, on els menús dels joves s'han d'adaptar a normes nutricionals molt específiques i poden provocar divergències entre professionals. En una escola, els educadors expliquen les opinions contraposades que hi ha entre la dietista del càtering que serveix els menjars i l'equip de salut de l'Ajuntament:

L'experiència no és positiva, a veure, tenim el que és l'empresa, que és el càtering i tenim la dietista [de l'Ajuntament], que se suposa que és la que dóna pautes, no?. Doncs ja portem unes quantes sessions: "Escolta, que això no respon, que hi ha massa greixos, massa...". L'altra dietista [del càtering], "home, és que també s'ha de buscar una cosa que els hi agradi als nens", que els agradi... [...] Nosaltres tenim el menú i l'hem de presentar, el menú

dels menjadors escolars, perquè ens diguin si és una dieta equilibrada i tal, no?, I per un cantó tenim la dietista del càtering i per l'altre, la que diu que això no s'ajusta perquè hauria de ser, perquè hi ha un excés de... no? La dietista [del càtering]: "No, el que els hi agradi", però tampoc és el que els hi agradi sinó la qüestió econòmica, no? Els segons plats tenim que incorporar fregits, empanadilles d'aquestes que porten... Hi ha aquesta pugna entre els mateixos dietistes...

Les normes prescrites pels experts en nutrició han de coexistir amb les dels pedagogs, sovint depassats pel gran nombre de competències que volen assumir o pels mateixos psicòlegs, preparats per definir quines són les conductes alimentàries normals i patològiques o tractar els individus perquè es comportin amb normalitat. A mesura que la societat s'omple "d'autoritats", es desautoritzen els agents socialitzadors tradicionals —la família, i especialment les mares. Si fins fa unes dècades, la socialització alimentària era un tema restringit a l'àmbit familiar, avui en dia forma part d'un interès i debat públics que hi ha lloc per a la defensa d'interessos diversos— i sovint contraposats.

En els continguts sobre alimentació que s'ofereixen a l'escola, la línia dominant és el discurs nutricional. El principal problema és que dóna un únic model de dieta òptima i no preveu les diferents formes de menjar. De tota manera, l'oferta pedagògica inclou, encara que tímidament, el vessant social de l'alimentació, i propostes per a l'aprenentatge de les tasques alimentàries, més enllà dels aspectes estrictament nutricionals. "*En el colegio hice una vez un taller de cocina y aprendí a hacer Torrijas de Santa Teresa*" (D, 15). Aquesta particularitat també es recull en altres experiències. Un mestre de secundària que imparteix uns crèdits de cuina a alumnes entre 14 i 16 anys a l'escola on treballa (Barcelona, Ciutat Vella), comenta:

A veure, per simplificar, el que fem és com fer un tast d'un ofici. Hi ha diferents oficis, aleshores aquesta assignatura dura uns quatre mesos i hi ha una part que seria la d'hostaleria i l'altra d'àpats, que fem diferents grups d'aliments i fem primer un dia investigació teòrica sobre els aliments i les seves utilitats, després un dia cuinem l'aliment pròpiament dit i expliquem diferents tècniques de cocció d'aquell aliment i després fem el plat. Per exemple, podem parlar de verdures, tipus de verdures, d'on vénen, el dia següent agafem verdures i unes les bullim, les altres les fem a la planxa, al vapor i tal, i un altre dia fem un plat, amb una salsa romesco... i fem un plat. I això ho hem fet amb verdura, arròs, pasta, pizza i ara ho farem amb carn i peix, que són els dos que ens falten.

Hem conegut una altra experiència a l'escola infantil i primer curs de primària dins d'un projecte que té per objectiu l'adquisició d'habilitats lectoescriptores. Tot i buscar aquest objectiu final, i més secundàriament, treballar amb l'ítem de l'alimentació, les activitats que es porten a terme aconsegueixen uns objectius que repercuteixen directament sobre la socialització alimentària —molt més enllà dels aspectes estrictament nutricionals. Així, la mestra estructura l'activitat "l'esmorzar saludable" seguint els passos següents:

- a) assemblea per escollir el llistat d'esmorzars
- b) escriure una nota a les famílies
- c) llista de nens i nenes que porten diners
- d) escriure la recepta
- e) crear un llibre de receptes
- f) organització del lloc d'esmorzar
- g) rentat de mans
- h) diàleg per demanar esmorzar, menjar d'acord amb normes establertes i apreses

Aquest projecte es fa setmanalment, cada divendres, i la transmissió de valors i l'aprenentatge es porten a terme de manera continuada. Tal com comenta un grup d'educadors, les experiències puntuals fracassen, ja que l'alumnat les percep com una matèria "que no els afecta" i que és esporàdica. Un segon punt positiu d'aquesta experiència és que l'aprenentatge fomenta l'autonomia del nen o nena, ha d'escollir aliments i esmorzars i organitzar la feina. També és interessant l'ús del diàleg per arribar a un consens sobre el que significa un "esmorzar saludable". Les mestres condueixen la discussió, en la qual preval la reflexió i la participació de tothom. Els infants, reunits en assemblea, escullen els esmorzars que més els agraden i posteriorment es crea un llistat amb les preferències, que s'aniran portant a terme al llarg del curs. Cada dijous a la tarda, els nens i nenes responsables dels diners escriuen una nota als pares demanant la quantitat necessària per comprar els aliments que formaran part de l'esmorzar. Finalment, el conjunt de les receptes s'escriuen amb l'objectiu de crear un receptari.

Una tercera experiència és la de l'Assumpció Rosset, que treballa en l'elaboració de programes educatius sobre alimentació i salut, i destaca la importància de la taula i l'àpat com a espais potencialment adients per incloure-hi experiències educatives (CEM 2003). Rosset afirma que aquests llocs són especialment idonis per a "la pràctica de la convivència i la comunicació familiar i social". Per aquesta raó, el menjador de l'escola pot esdevenir "una bona eina de relació entre les diverses cultures". Per portar a terme iniciatives com aquestes és imprescindible valorar el fet alimentari com una pràctica que va més enllà dels aspectes nutricionals, i és precisament per això que es converteix en una bona eina per educar en altres tipus d'actituds. En un entorn marcat per la conflictivitat i/o la crisi de valors, la pràctica alimentària pot servir per socialitzar el nen i/o jove, tot proporcionant-li determinats recursos socials, com per exemple l'habilitat comunicativa o relacional.

Tanmateix, tot sembla indicar que sovint aquests processos socialitzadors "parafamiliars" xoquen amb les experiències que els joves es troben en el seu grup domèstic, on els aspectes associats a l'alimentació poden estar en un segon pla. Segons Rosset, aquesta tasca no és una competència exclusiva de l'escola i els mestres, sinó que ha de ser compartida, doncs la responsabilitat última d'educar en la salut els nens i joves correspon als pares. Ara bé, si "educar" és una tasca que correspon als pares, aquests tampoc no poden assumir una feina "pedagògica", de "manual" —amb continguts de nutrició, de ciències biològiques, de ciències socials...—, que és l'orientació que sembla anar-se imposant progressivament. Els pares ni són "experts" ni ho han de ser. No són ells els dipositaris d'un coneixement educatiu especialitzat.

Els patrons d'alimentació sovint canvien quan els joves marxen fora de casa i han de començar a cuinar per a si mateixos. Dèiem que les noves pràctiques alimentàries són una ruptura respecte als adults, i que això respon, en part, a la creació de la identitat generacional. Aquesta cuina "jove", tant per a homes com per a dones, té una dualitat: sorgeix d'una certa voluntat d'aprendre, però alhora vol allunyar-se de les normes familiars, crear un espai de llibertat i creació, per superar o modificar aquestes normes. Per això, els joves valoren "la creativitat, la novetat, les barreges", mentre que generalment reconeixen tres formes específiques d'aprenentatge: l'assaig-error, la imitació de la mare i la recopilació de receptaris (Garabuau-Moussaoui, 2001).

*Me encanta mirarme los libros de recetas y probar de hacer alguna. Aunque no salga bien, es un placer, es como inventar algo...* (D, 18)

Sovint el que em faig per menjar no m'atreviria a donar-ho als meus pares... Altres cops sí, perquè més o menys em guio seguint els passos que jo havia vist a casa. (H, 20)

La meua mare i la meua àvia cuinen molt bé, però no és imprescindible per a mi fer-ho igual... No es pot comparar amb el que jo faig a la cuina, no són els mateixos plats ni de lluny. (D, 26)

Continua havent-hi diferències entre gèneres en la incorporació de certes habilitats culinàries de les mares —o aquella persona que s'ha ocupat de l'alimentació a la llar. Els joves entrevistats fan més referència a les mancances d'un aprenentatge al qual o no han tingut accés o bé no l'han volgut tenir durant la seva infància i adolescència.

Amb el meu company, ell em pregunta quan de temps ha d'estar la pasta bullint, o si fa falta separar el rovell de la clara per fer una truita... Per a mi això és evident, és com fer-te el llit... (D, 22)

Tu a casa ja has vist fer una truita de patates i com es cuina més o menys, i si no truques a la mare. No sé, saps que primer s'ha de fregir la patata, posar-li una mica de ceba i després afegir l'ou, i no com va fer un dia un company de pis que va posar la patata crua i es va quedar tan ample. Li vaig dir: "Tio, però que has fet?" i em va contestar que ell anava per lliure a la cuina. Estava infumable, és clar. (D, 19)

Aquestes mancances també influeixen en els gustos i les preferències alimentàries. Dos nois —de 23 i 18 anys— expressen la seva "mandra" a l'hora de menjar determinats aliments, per exemple el peix, per la dificultat que troben en manipular-lo.

*El pescado me gusta, lo que pasa que me da pereza comerlo... porque le tengo que quitar las espinas, lo tengo que trabajar un poco más... pero el pescado me gusta...* (H, 23)

El que menys m'agrada... els peixos, que tenen moltes espines... (H, 18)

Aquests comentaris no impedeixen que sigui precisament el grup dels joves —i no el de les noies— el que mostri una tendència més acusada a percebre l'acte de menjar com a activitat plaent.

No hi ha diferències de gènere en la percepció de la dieta saludable. Gairebé tots —homes i dones— semblen haver interioritzat el discurs mèdic dominant de la “dieta equilibrada”, és a dir, la formada per aliments de tots els grups en les proporcions adequades. Aquesta representació, “menjar una mica de tot i amb mesura”, és la resposta més freqüent entre els joves. Quan se'ls pregunta “quin/s comportament creus que poden influir més positivament en la salut?”. Contesten en el mateix sentit:

Què entens per una alimentació saludable?

*Comer de todo un poco.* (H, 21)

Alimentació saludable és una alimentació variada. (H, 18)

Menjar una mica de tot i amb mesura. (H, 18)

Alimentació saludable... la icona és una dieta mediterrània, variada. (H, 22)

*Saludable, comer tus comidas diarias, llevar una dieta equilibrada.* (H, 21)

Menjar amb mesura i de tot. (H, 24)

De vegades, quan s'escull l'opció “penso que menjar amb plaer, temps i companyia pot influir positivament en la salut”, la resposta està relacionada amb unes variables socials determinades. És el cas de les joves. De vegades es tracta de noies del primer grup d'edat, un grup que encara mostraria una certa despreocupació per la cura del cos i/o la salut. En noies del segon grup d'edat, però, que viuen en pisos compartits, la variable “plaer” i/o “sociabilitat” és important. Les joves, un cop autònomes, associen l'acte de menjar amb els seus iguals amb funcions com la ja esmentada capacitat d'identificació i de cohesió de grup.

#### 4.1.2 Cura de si mateix

La percepció i la cura del cos són una de les preocupacions de les dones. Segons una entrevista recent entre dones franceses (Masson, 2004) i recollida per Ascher (2005), estar prim es considera una qüestió de voluntat (70%) i engreixar-se una manera de “deixar-se”. La meitat de les dones creu que estar prima és una “obligació social”. Ascher defensa que la “lleugeresa corporal” està associada a un model d’“eficàcia social”, és a dir, que pren una dimensió social que va molt més enllà d'una pura “estètica del cos”.

Fer règim implica prendre decisions i suposa entrar en una dinàmica diferent a la que es portava. Fent dieta no només es trenca amb els comportaments alimentaris habituals, sinó que aquests es modifiquen donant lloc, sovint, a tot un seguit d'accions positives: és la relació mateixa amb l'aliment la que es repensa. El règim s'acaba convertint en una manera de governar-se a un mateix. Mitjançant aquesta pràctica, les dones aconsegueixen competències dietètiques, alhora que les gestionen. Aquesta gestió de la pròpia alimentació no és altra cosa que la traducció d'una capacitat de decisió sobre el cos, la plasmació d'un “projecte corporal individual”. La forma del cos no és percebuda tant com una realitat donada i que s'imposa a cadascú, sinó com una cosa que “es decideix, que es dissenya, que es construeix”, eventualment, fent ús d'altres estratègies diferents a l'alimentació, com la cirurgia plàstica (Ascher, 2005). I tot això, per tal d'aconseguir un nou espai social que no sempre tindrà a veure amb un desig d'agradar l'home, sinó que, tal com diu Esteban (2004: 123), podrà ser conseqüència d'altres factors, com “la utilització i exhibició del propi cos, la promoció social, la recerca d'autonomia econòmica i poder, i finalment, la bellesa”.

#### Percepció i cura del cos

L'associació entre “dieta saludable” i aspectes diferents dels nutricionals-estètics és evident entre els més joves, sense poder-ho desvincular del gènere. Diu una noia de dotze anys, “*me gusta comer con placer, tiempo y compañía*”... “*con placer porque tiene que gustarte, no comer obligada. Con tiempo, porque no puedes comer rápido, se ha de comer lento. Con compañía, porque así hablas y cuentas cosas*”. Si bé entre les noies aquest tipus de vinculació entre menjar/plaer disminuirien amb l'edat, persisteixen amb més freqüència entre el grup d'homes de més edat: “Viure per menjar, disfruto menjant!!” (home, 21 anys). D'acord amb Esteban (2004: 103), aquestes percepcions diferenciades segons el gènere es correspondrien amb una pressió social més gran cap a la dona perquè, des d'edats incipients, aprengui a controlar el menjar en relació amb paràmetres externs —quilos, calories, dietes, aliments “prohibits”, etcètera. Tan cert és, que, segons les nostres dades, al

voltant dels quinze anys ja comencen a aparèixer noies informants que afirmen no estar gens o gaire satisfetes amb el seu cos. “*De mi cuerpo no me gusta nada, tengo mucha cadera, soy muy gorda y enana*”. (D, 15)

Aquestes apreciacions augmenten amb l'edat i s'amplien a tots dos gèneres. “No estic satisfet amb el meu cos [...]. Em veig molt gras [...] sento rebuig del meu cos”. (H, 18)

No podem deixar d'esmentar els casos en què els joves —del segon grup d'edat— declaren estar satisfets amb el seu cos, tot i que també afirmen sentir plaer quan s'aprimen i culpa en engreixar-se. Hem de tenir en compte, però, que aquesta acceptació aparent del cos pot ser conseqüència d'una cura i control sobre aquest.

*Estoy satisfecha, estoy bien conmigo misma [...]. Si adelgazo siento placer y alegría y si engordo culpa.* (D, 23)

Precisament, i pel que fa a prendre cura del cos, també s'observa més dedicació entre el grup d'edat més jove i les noies. A partir dels 15 anys, les noies declaren que porten a terme diferents tipus de cures, que de vegades els ocupen un temps considerable. Hi destaquem anar al gimnàs, ballar, maquillar-se, usar cremes i tenir cura del cabell.

*Para cuidarme estoy todo el día bailando, me cuido los granos de la cara, el pelo, me pongo mascarilla, rímel, me depilo...* (D, 15)

*Bailo para adelgazar.* (D, 15)

Trigo tres hores en arreglar-me cada dia. (D, 18)

El primer cop que em vaig apuntar al gimnàs va ser per canviar el meu cos. (D, 19)

Com a molt faig una hora d'esport diària i em poso crema, polvos, rímel... (D, 19)

Dedico hora i mitja a la cura del cos. (D, 22)

D'altra banda, la tendència entre els joves i adolescents és la d'anar incorporant una major dedicació al cos, encara llunyana respecte de les noies, però que creix de manera exponencial. Molt a poc a poc, els més joves van introduint noves formes de cuidar-se: higiene, afaitat, roba, cremes, bronzejat, perruqueria, depilació:

*No, a la estheticien no y no. Quiero decir: ¡no! Ducharse cada día o cada dos días, depende, y cortarme el pelo cuando veo que lo tengo largo. No me gusta ir cada semana a la peluquería como muchos que ahora se retocan un poco o así... yo no, cuando lo tengo largo que ya me molesta, entonces voy y me lo corto.* (H, 16)

*Me levanto, me pongo una coleta y salgo de casa... y nada, no uso cremas, no me ducho durante horas ni me miro al espejo demasiado. No me dedico nada.* (H, 21)

Dedico dos minuts al cos. (H, 22)

També és important fixar-se en el temps que dediquen nois i noies a la cura del cos. Es fa visible la diferència declarada entre cures femenines i masculines, que s'igualen únicament quan es tracta de dedicar temps al gimnàs o a l'esport.

Trigo tres hores en arreglar-me cada dia. (D, 18)

Dedico hora i mitja a la cura del cos. (D, 22)

Com a molt faig una hora d'esport diària... (D, 19)

Dedico dos minuts al cos (H, 22)

Dedico un quart, mitja hora diària al meu cos. (H, 17)

Dedico hora i mitja al gimnàs. (H, 18)

Apuntàvem que les diferències en la percepció del propi cos segons el gènere són evidents. Mentre que la majoria dels joves pensa que es troba en bona forma física i que el seu aspecte físic és agradable, les noies mostren un alt grau d'insatisfacció amb el seu cos, i la majoria coincideixen en aquelles parts del cos que els agraden menys: pit, panxa, cul, nas, alçada, malucs, etcètera. És important destacar aquesta apreciació, ja que mentre que el descontent dels homes se centra en pes, musculació i espatlles, el de les dones, com acabem de veure, comprèn un espectre molt més ampli. Un cop igualats els dos gèneres pel que fa a “preocupació pel cos”, la desigualtat s'estableix en el nombre de zones corporals susceptibles de ser “corregides”,

HOMES	DONES
Em peso cada divendres per controlar si m'he <b>engordit</b> o no. (17 anys)	<i>Cambiaría la <b>celulitis</b> y el <b>culo</b>, y es que no sé, la verdad que antes tenía más complejos, por ejemplo de que soy <b>baja</b>, de que tengo la <b>nariz grande</b>. (23 anys)</i>
M'agradaria tenir una talla més petita perquè em considero una mica <b>gordet</b> . (24)	<i>Mis <b>pechos</b>, me los cambiaría. (16)</i>
	<i>De mi cuerpo no me gusta nada. Estoy muy <b>gorda</b>, tengo mucha <b>cadera</b> y soy muy <b>enana</b>. (15)</i>
	El que menys m'agrada és el <b>cul</b> i la <b>panxa</b> . (22)

Hi ha altres diferències significatives entre gèneres. En alguns casos, encara que les noies entrevistades tenen un IMC inferior a 25 —això és, en els límits del normopès, segons els paràmetres mèdics actuals—, continuen queixant-se del seu pes, i volen cabre en talles més petites. Per contra, els joves semblen tenir una percepció més ajustada als paràmetres als quals fèiem referència:

HOMES	DONES
<i>Estic <b>satisfet</b> amb el meu cos perquè crec que faig les mesures ideals per a la meua edat. (13 anys, IMC 24, 88)</i>	De pantalons tinc una 40, i de jersei, entre la M i la L. <i>M'agradaria tenir-ne una més petita</i> , però tampoc la 36, vull dir, la 38 ja m'estaria bé... (15 anys, IMC 23, 39)
<i>M'agradaria tenir una talla més petita perquè em considero una mica <b>gordet</b>. (24 anys, <b>IMC 25, 42</b>)</i>	Tinc la 42 i <i>m'agradaria</i> tenir la 40 o la 38. Per què...? No ho sé... perquè tothom ho té! (18 anys, IMC 24, 53)
Tinc una 40 de pantaló, la talla M de jersei i una 40 de camisa. <i>No m'agradaria</i> tenir-ne una altra. És la de sempre, i és l'estàndard. (22 anys, <b>IMC 25, 5</b> )	Tinc una 38... una menos...? Pues <i>potser sí</i> , no et diré que no, com tothom... (21 anys, IMC 22, 43)
	Tinc una 40, i <i>m'agradaria tenir</i> una altra... suposo que totes ho volem, no? (25 anys, IMC 22, 03)

És interessant reflexionar sobre el procés homogenització del cos, sobretot femení, sota uns paràmetres marcats, precisament, per dos agents socials: la ciència biomèdica —plasmats en l'índex de massa corporal—<sup>25</sup> i la indústria de la moda —plasmats en la "talla"—. Així, tot semblaria indicar que l'IMC és més tolerant en els quilos permesos per alçada, mentre que el tallatge industrial de roba juvenil inclouria unes mides clarament inferiors a l'índex 25, unes indicacions que semblen tenir molt més impacte en el grup de noies que en el grup de nois.

La majoria de les noies demostra una disposició a canviar les parts del cos que menys li agraden, encara que prefereix fer ús de les dietes i l'esport abans que de la cirurgia estètica. Tot i que es tracta d'un sector emergent a Espanya, la cirurgia estètica encara es veu com una pràctica de risc i en la qual tampoc no s'acaba de veure una relació gaire clara entre costos i beneficis.<sup>26</sup>

*Por ordenador sí corregiría, pero meterme en un quirófano para eso no, no me arriesgaría [...] que me pasara algo por corregir una cosa. (D, 34)*

25 Tal com afirma Poulain (2000: 84), si bé l'IMC és una bona eina de "comunicació entre investigadors", també suposa una eina que homogeneïtza i que (re)crea el "míte de l'home mitjà", ja que no té en compte factors tan importants com les variacions antropològiques.

26 Malgrat això, l'any 2006 la despesa en intervencions de cirurgia estètica va suposar 800 milions d'euros i un total de 400.000 intervencions (SE-CPRE).



Òbviament que a la nostra mostra no s'hagi trobat cap cas no vol dir que no hi hagi noies que van al quiròfan per fer-se cirurgia. Moltes d'aquestes dones són llatinoamericanes però no únicament. Una notícia apareguda fa poc a la televisió i recollida per un diari digital explica que:

*Las mujeres inmigrantes optan cada vez más por someterse a operaciones de cirugía estética en nuestro país. Según un estudio realizado por una prestigiosa clínica madrileña, su número se ha duplicado en los primeros seis meses del año. Una de cada seis pacientes es inmigrante. Las latinoamericanas son las que más solicitan este tipo de cirugía. Las pacientes tienen entre 20 y 40 años. Los tratamientos que demandan suelen ser los mismos que las españolas, aunque las sudamericanas optan más por las lipoesculturas para marcar cintura, mientras que las rumanas, búlgaras y rusas prefieren aumentar el tamaño de sus pechos. (www.cirugia-estetica-info.com, 27.9.2006)*

Les cures del cos ocupen un lloc destacat en les seves vides. "Cuidar-se" té més importància per a elles per la pressió a la qual estan sotmeses. Pràcticament totes es mostren preocupades per la seva imatge corporal —fins i tot quan les satisfà—, i el treball sobre el cos forma part de la seva vida quotidiana. Encara que algunes afirmen que no tenen massa cura del seu cos i que rebutgen la primor extrema, a les entrevistes es recull que fan dieta de manera habitual quan s'engreixen, a més de fer esport i d'emprar cremes anticel·lulítics.

*[Para cambiar partes de mi cuerpo que no me gustan] he llegado a hacer cien abdominales todas las noches, a comer saludable y quitar grasa. (D, 15)*

*Yo si me he engordado, pues he hecho régimen, a mí me gusta no sobrepasarme de unos kilos. [...] Me he preocupado más o menos en cuanto a los kilos de estar dentro. Yo si me he engordado pues he hecho régimen, a mí me gusta no sobrepasarme de lo que las tablas [de peso] marcan que es normal. Cuando se le pregunta el tipo de dieta responde: Una dieta que elijo yo [...] reduzco un poco la cantidad, evito bollerías o grasas. (D, 27)*

Les noies també expressen amb freqüència haver sentit el rebuig dels companys pel seu aspecte físic. De vegades afirmen que aquesta és la causa principal per decidir-se a començar una dieta,

*M'he sentit discriminada pel meu exnòvio, m'he sentit discriminada per algunes amistats, algunes botigues, no totes, val la pena dir-ho... (D, 21)*

*Quan m'he engreixat he sentit culpa i una menor acceptació per part dels companys. (H, 13)*

Els nois semblen coincidir en la idea de com hauria de ser el seu físic, ja que gairebé tots parlen de "musculació", d'estar fort o tenir l'"esquena ampla" com a model de cos masculí:

*La proporció! Cadascú té el seu cos i ha d'estar content amb el seu cos. Si jo veig el Vin Diesel [es refereix a un actor], no m'hi posaré, com el Vin Diesel, però [sí] intentar-ho. Sí, però jo tinc el meu cos i estic molt content amb el meu cos. Aniré pujant. Gràcies al fitness estic proporcionat. Jo no sóc aquí, el [diu el nom d'un culturista popular, probablement un Mr. Olympia]. Jo em considero proporcionat. A veure, no sóc ni fort, ni gran ni petit. Sóc normal. Peso setanta-set quilos, u setanta-vuit d'alçada. (H, 21)*

*No em sento gras, perquè potser el problema és la musculació. (H, 22)*

Aquest model de corpulència associada a la força i la bona salut és afí amb l'ideal corporal masculí que tenen algunes de les joves entrevistades, un ideal de cos que simbolitza el rol tradicional de l'home com a figura protectora que desenvolupa les tasques que requereixen més força física i que comporten un risc més gran.

*A mí los hombres me gustan, un tío se vea masculino, sabes, un tío que se vea el tío ... [...] tiene sensación de fuerza... una mandíbula así marcada. (D, 18)*

*Un chico así ideal un modelo es, que no sea muy alto, y que tampoco sea súper delgadito pero que esté bien así, que tenga culito y que tenga las espaldas me gustan así grandes. (D, 23)*

Per la seva banda, els joves han expressat les seves preferències respecte al físic femení. Encara que, com veiem, els joves no semblen tenir una excessiva preocupació pel seu cos, sí que desitgen que les noies tinguin un cos acceptable, encara que per a ells aquest sigui més voluminós que l'interioritzat per les pròpies dones.

*Yo el ideal femenino pienso que este de 90, 60, 90... (H, 16)*

*Que estigui bona, sigui llesta i treballi en un bon curro. (H, 18)*

*A mí una mujer con bigote me revienta. (H, 16)*

*Dona ideal: morena, 1,70, 90-60-90. (H, 18)*

En les respostes sobre com creuen que hauria de ser l'ideal de dona han citat primerament el model de bellesa física hegemònica (prima, alta i guapa), però sense descuidar-se que també siguin intel·ligents, bones professionals i afectuoses. Aquests valors coincideixen, en bona mesura, amb els que tenen les dones de si mateixes.

*Me gustan pues como mujer que sea una mujer que se cuide, que esté guapa, es decir, me gusta que las mujeres se arreglen. Un peso pues más o menos ideal. (D, 27)*

*Una chica gordita enseñando la barriga yo lo veo feo. (D, 16)*

*Y esa delgadez me gusta a mí, como una sensación de perfección. (D, 18)*

L'exemple següent il·lustra molt bé la interiorització d'un ideal molt recurrent en la nostra societat. Una dona que no només ha de ser guapa, sinó que ha de tenir competències fora de l'espai extradomèstic. Una noia (27 anys) ens en dóna una llista ben àmplia.

Hi havia una noia a la classe que es deia Anna Montserrat, que per a mi era perfecta. La típica nena que tenia les seves formes, no era primeta ni molt menys, era normal, amb pit, amb les seves caderetes, amb un cabell llis supermaco, supersimpàtica, oberta amb tothom, feia quantitat de coses, d'activitats externes, treia bones notes, se la veia feliç, saps? [...] L'Anna feia anglès, i a més, pels idiomes era superbona, també feia jazz, i abans també feia una altra activitat, i llavors, clar, era com dir, "ostres!! És que sap ballar, sap parlar, sap idiomes, saps?... És intel·ligent, se la veu feliç...". Era com tot, perfecta... Pensava: "Mira, és perfecta, l'Anna, ho té tot..."

Afegeix els atributs femenins ideals per a ella: "Saber parlar correctament, expressar-se amb propietat, tractar tothom igual i no fer diferències, ser sociable, culta, tenir temes de conversa amb tothom, poder parlar de tot una mica, educació, una bona educació, saber afrontar els problemes i trobar solucions de seguida, caure bé a la gent, transmetre benestar i seguretat, tranquil·litat i felicitat... sí".

### **Fer dieta**

Fer dieta comença a aparèixer entre el grup més jove de dones, entre els 12 i 17 anys. Tornem a trobar dificultats per dissociar l'edat del gènere pel que fa a aquest punt. Aquesta tendència es generalitza en el grup de més edat.

*Intento cuidarme, no como mucho de lo malo, pero no hago dieta. (D, 12)*

*Hago dieta porque no me veo bien y quiero cambiar [...]. Me la ha dado mi madre y es una dieta que le recetó el médico. (D, 15)*

*He llegado a estar tres días sin comer. (D, 15)*

No acostumo a fer dietes però vaig fer una durant any i mig a través de mare i familiars. (D, 22)

Una segona dada és que a més control social, menys possibilitat de portar a terme algun tipus de dieta o de pràctica restrictiva relacionada amb el menjar. Entre els joves —i particularment entre el grup dels menors— són freqüents els comentaris sobre l'obligatorietat de menjar-s'ho tot. No és possible saltar-se un àpat perquè a l'institut hi ha control,<sup>27</sup> o perquè els pares ho impedeixen.

*Como lo que mi padre pone en la mesa. (D, 13)*

*En el insti me obligan a comer, si no, me echan la bronca. (D, 15)*

A l'insti m'ho menjo perquè m'obliguen, si no ho deixaria. (D, 14)

Quan els joves —dels dos grups d'edat— declaren saltar algun àpat, ho justifiquen gairebé sempre per motius que poc tenen a veure amb el desig d'aprimar-se. El que sol adduir-se és la manca de gana o de temps per menjar. Els àpats més susceptibles de ser evitats són l'esmorzar, el berenar, i a vegades el sopar, ja que en aquests casos es considera que són àpats "secundaris" o "menys importants".

*Me salto la merienda, porque no tengo hambre o porque salgo con las amigas. (D, 13)*

---

27 Encara que, òbviament, hi ha tot tipus d'estratègies per no menjar-se allò que no volen: intercanviar menjar, amagar-ho, llençar-ho, etcètera.



Alguns cops em salto els esmorzars per falta de temps o els caps de setmana, si estic dormint. (H, 23)

*Si estoy con los amigos y llego tarde a casa, por no hacer ruido a veces no ceno.* (H, 24)

El berenar a vegades, però tampoc és gaire principal. (D, 14)

Ocasionalment trobem casos en els quals aquesta supressió té a veure amb un desig manifest d'aprimar-se.

Normalment menjo plat únic i el sopar si puc me'l salto [...]. Tinc comprovat que el dia que no sopo m'aprimo un quilo. (D, 25)

Les noies fan dieta més sovint que els nois. Ells procuren fer esport o menjar una mica menys per reduir pes. En canvi, elles afirmen amb freqüència que es posen a règim, tot i que creuen que cal seguir una dieta prescrita per metges o supervisada per adults.

HOMES	DONES
No acostumo a fer dieta. (H, 17)	Tots els dies faig una dieta receptada pel metge. (D, 18)
<i>No acostumbro a hacer dietas.</i> (H)	<i>No acostumbro a hacer dieta, cuando la he hecho ha sido con el consentimiento de un endocrino.</i> (D, 23)
No he fet mai dieta. (H, 22)	No acostumo a fer dietes però vaig fer una durant any i mig a través de mare i familiars. (D, 22)
<i>No acostumbro a hacer dieta.</i> (H, 21)	
No he fet mai dieta. (H, 24)	
Faig exercici per eliminar i menjo una mica menys. (H, 17)	
<i>Si fuera el caso, no comería entre horas, a la hora de comer comería lo justo y luego haría más ejercicio del que hago.</i> (H, 22)	

Algunes dones diuen que segueixen dietes paramèdiques, tipus “de la carxofa” o “dels espàrrecs”.

Hi va haver una vegada que en vaig fer una que era a base d'espínacs i de menjar moltes proteïnes... (D, 18)

Això no treu que altres vegades es reconegui conèixer-les, però que alhora se les critiqui amb contundència en considerar-les enganyoses.

Trobo que aquestes dietes són una grandíssima tonteria. Aquesta de l'atún consistia en menjar atún a totes hores [riu], perdona que me'n rigui, però ho trobo inútil menjar atún a totes hores... (D, 18)

D'altra banda, cal ressaltar la gran influència de les emocions en el consum del menjar. En aquest punt no s'observen diferències entre gèneres. Així, és molt freqüent trobar la relació següent:

Tristor = menjar menys
Felicitat = menjar igual o més
Avorriment = menjar més

<b>HOMES</b>	<b>DONES</b>
<i>Cuando estoy triste se me quita el apetito y cuando estoy feliz como más.</i> (H, 21)	Quan estic feliç menjo més i quan estic trista menys. (D, 18)
Trist menjo menys; feliç, igual, i avorrit, més. (H, 22)	Quan estic trista menjo menys i quan estic feliç no. (D, 19)
Quan estic avorrit menjo més. (H, 24)	<i>Cuando estoy triste no como y cuando estoy feliz como.</i> (D, 15)
Quan estic trist menjo menys; avorrit, més. (H, 16)	<i>Cuando estoy triste, feliz o aburrida como más.</i> (D, 23)
Feliç, normal o més, i avorrit, més. (H, 17)	Trista menjo menys, feliç menjo normal, avorrida menjo menys. (D, 13)
	Trista menjo menys i nerviosa més. (D, 16)
	Trista menys, avorrida més, feliç més. (D, 22)
	Trista menjo menys, avorrida més, feliç més. (D, 18)
	<i>Triste como menos, y feliz, como siempre.</i> (D, 12)
	Trista menys; feliç, més; avorrit, més. (D, 25)

Aquestes afirmacions són rellevants per la relació que estableixen entre estats emocionals —tristor, solitud, angoixa...— i pràctiques alimentàries. Aquests factors poden incidir en el fet de menjar més o menys. Atès que no es troben diferències significatives entre gèneres, cal aprofundir en l'anàlisi d'aquestes dades, ja que la vulnerabilitat associada a l'ús del menjar ens podria donar eines per a la comprensió dels TCA.

## 4.2 Els joves d'altres orígens ètnics

### 4.2.1 Les dades estadístiques

Si, com diu Esteban (2004), en qualsevol cultura el cos està íntimament lligat a l'àmbit social, un panorama complet dels significats i les pràctiques corporals fa aconsellable fer-ne una anàlisi transcultural. Per això hem entrevistat deu dones equatorianes i deu dones marroquines. Volíem saber com els diferents sistemes culturals influeixen en els significats que es donen al cos, l'alimentació i els rols de gènere, i comparar-los amb els resultats de la població autòctona.

La presència de població immigrant marroquina a Catalunya data de principis dels setanta. Actualment és el 30,7% del total de la població immigrant, seguida de la població equatoriana i de la peruana, amb un 6,5 i un 4,7% respectivament. Aquestes xifres són de la Direcció General de Policia i es refereixen als estrangers que tenen NIE o permís de residència en vigor. Tanmateix, aquestes dades són aproximatives i no tenen en compte l'enorme bossa de població immigrant il·legal.

Presentar xifres concretes i actuals sobre la població immigrant jove afincada a Catalunya no és fàcil. D'una banda, perquè ens trobem amb el biaix de població regular versus població irregular immigrant, i d'altra banda perquè les estadístiques no ens proporcionen informació relativa als grups d'edat segons el país de procedència. Són les xifres facilitades per l'Institut d'Estadística de Catalunya i l'Institut Nacional, els padrons municipals i el registre de residents estrangers de la Direcció General de Policia per a Catalunya. Les dades varien segons si tenen en compte només els immigrants residents, els immigrants empadronats, els

fills d'aquests immigrants amb visat de residència, els que tenen targeta sanitària, etcètera. Les xifres són infracorables en alguns casos —quan es comptabilitzen només els immigrants amb visat de residència o targeta sanitària— o inflades —dades dels padrons municipals o de la Direcció General de Policia. No obstant això, creiem que és ineludible fer com a mínim un modest acostament i posar de manifest les aproximacions quantitatives que existeixen a l'anàlisi del fenomen de la immigració general i, en particular, de la immigració marroquina i equatoriana a Catalunya.

Segons l'Idescat, a principis de 2005, a Catalunya hi havia 163.589 marroquins amb permís de residència (99.196 a la província de Barcelona, 29.502 a la de Girona, 11.567 a la de Lleida i 23.324 a la de Tarragona), el col·lectiu més nombrós seguit de la població equatoriana i de la colombiana. No hi apareixen les xifres actualitzades relatives al procés de regulació extraordinària que es va fer del febrer al maig de 2005, i en el qual a Catalunya es van rebre 139.480 sol·licituds, de les quals 117.395 es van resoldre favorablement, 19.527 van ser rebutjades i 2.092 encara estan pendents de resolució. En contrast amb aquestes dades, d'acord amb el Registre de la Direcció General de Policia per a Catalunya, l'any 2005 el nombre de població immigrant marroquí era de 386.958 individus, seguit del contingent equatorià, amb 221.549 persones —s'hi inclouen les persones amb permís de residència a més de les empadronades, però les xifres dels padrons també són estimatives perquè hi ha molts immigrants que canvien de residència i es donen d'alta en un nou municipi sense donar-se de baixa del municipi anterior. Les xifres dels uns i dels altres són significativament diferents per al mateix període.

Les xifres més recents publicades per l'INE i que comptabilitzen la població immigrant marroquina per grups d'edat són les de l'any 2002.<sup>28</sup> Són les més útils per fer un tractament de les dades, perquè es detalla el gènere i el grup d'edat dels diferents col·lectius migrants.

La millor aproximació a l'emigració equatoriana dels darrers anys el proporciona l'anàlisi de Flacso i el Banc Central de l'Equador sobre Quito, Guayaquil i Cuenca. En aquest estudi, fet durant l'any 2003, s'assenyala que la crisi bancària de 1998 va accelerar el procés de crisi del sector productiu tradicional i va on les famílies equatorianes. A les tres ciutats, el 15% de les famílies tenien algun membre fora del país, i la mitjana d'immigrants per família era de 1,5 membres. No es tractava, doncs, en aquell moment, d'un fenomen migratori massiu absolut, encara que era significatiu i que la tradició migratòria no era idèntica en les tres ciutats analitzades. Cuenca havia mantingut un flux migratori durant els anys vuitanta i noranta que representava gairebé el 50% dels seus immigrants. En canvi, a Quito i Guayaquil els immigrants que havien marxat durant els 3-4 anys anteriors a l'estudi eren, respectivament, el 73,1% i el 67,8% del total de població immigrada.

La distribució per gèneres, a Quito i Guayaquil es repartia equitativament entre homes i dones, però no a Cuenca, on el percentatge d'homes immigrants era el 66,9% del total. La raó seria que els immigrants de Cuenca anaven als Estats Units seguint unes rutes perilloses i d'elevat risc per a les dones. En canvi, la població femenina de les altres dues ciutats va triar l'Estat espanyol. Per grups d'edat, els volums principals es concentren en la població amb edats entre els 20 i els 29 anys (33,5% dels homes i 36,2% de les dones) i entre els 30 i els 39 anys (33,1% dels homes, 34,5% de les dones). La població menor de vint anys és al voltant del 6% del total; la que té entre 41 i 60 anys, el 24,9% en el cas dels homes i el 21,5% en el cas de les dones, i la població de més de 60 anys és només el 2,1%. El fet és que el 50% dels immigrants són els fills de les famílies i després "un altre familiar", mentre que l'emigració d'esposes només supera el 15% a Cuenca —és a la franja del 10% a les altres ciutats—, i la de pares i mares no arriba en cap cas al 10%.

Les característiques de la inserció laboral dels immigrants equatorians i les pràctiques de reagrupament familiar propicien que en l'impacte de la situació sociolaboral destaquen els alts nivells de participació laboral —formal i informal— de les dones equatorianes, que sovint practiquen la multiactivitat, i que incideix directament en l'organització dels consums alimentaris. La interacció entre activitat laboral, accés a llocs de treball no qualificat, necessitat de treballar un nombre elevat d'hores i el paper central de la dona en les tasques reproductives suposa l'existència de certes especificitats i diferències, ja que les dones senegaleses i marroquines ocupen un paper clarament menor en l'àmbit laboral.

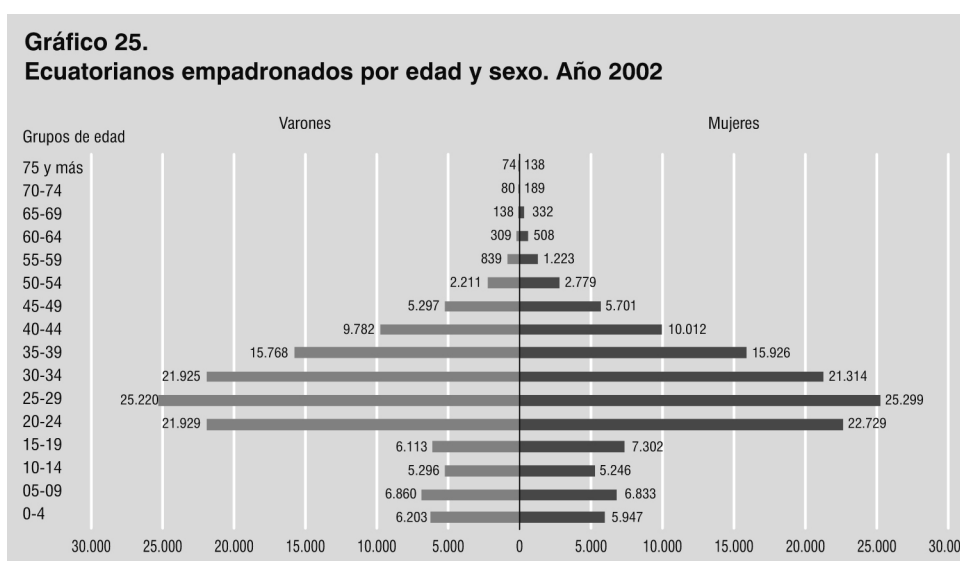
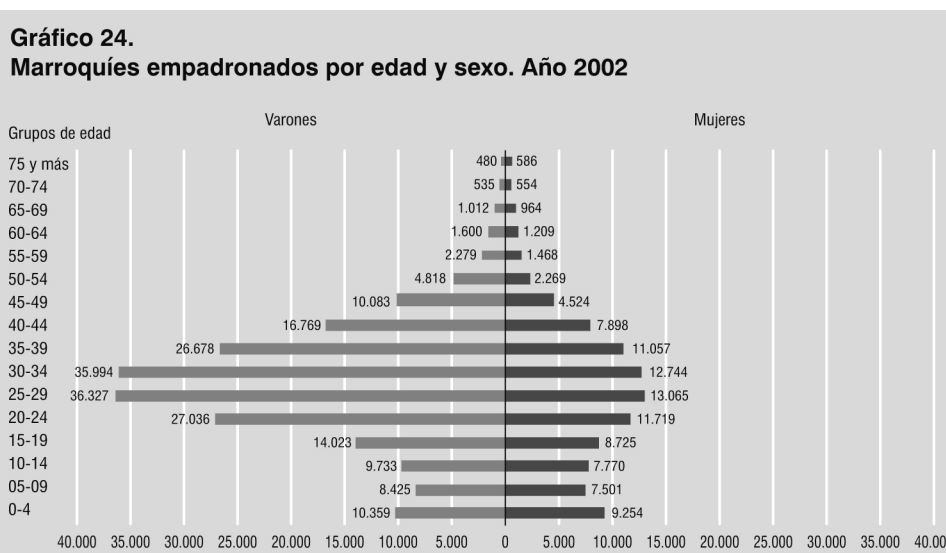
---

28 Informe disponible en format electrònic a: [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/ext\\_espa](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/ext_espa).

Les dades de marroquina i equatoriana empadronada a Catalunya des del 2000 són les següents segons la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Marroquines</b>	60.766	78.619	104.794	128.686	143.405	171.202	194.874
<b>Equatorianes</b>	2.422	15.769	37.631	64.861	84.370	88.618	90.475

A la piràmide de població següent sobre els col·lectius marroquí i equatorià, extreta de l'Informe sobre la població estrangera a Espanya, s'hi poden observar, a partir dels resultats per grups d'edat i gènere, quines són les estratègies migratòries segons el país de procedència. Quasi totes són laborals. Les persones del grup d'edat de 20 a 39 anys són les que més emigren, i l'emigració està estretament vinculada al gènere com a conseqüència dels processos de liberalització econòmica i de reestructuració productiva que caracteritzen el fenomen de la globalització, que obliguen sobretot els més joves —homes marroquís i dones llatinoamericanes— a migrar a la recerca de llocs de treball.



#### 4.2.2 Socialització, comportaments alimentaris i formes de vida

Els equatorians, en termes generals segueixen els patrons ja descrits en parlar del grup dels autòctons. S'adapten al menjar de la societat d'acollida, tot i que amb diferents graus d'acceptació. "*Pues me gusta más el pollo, también la carne, también... bueno, de todo; de carne me gusta todo, todo... y la verdura, pues no.*" (D, 16) En general, troben a faltar el "sabor" de la cuina equatoriana, molt més especiada que l'autòctona i, en alguns casos, és precisament el "sabor" el que els decanta per un o altre aliment: "El sabor, sí, el sabor... nosotros, el sabor" (dona, 22). Generalment s'observa una adequació entre el grup dels més joves als gustos dels iguals, mentre que els més grans diferencien entre el "nostre" i el "seu" menjar.

*No, aquí no me siento bien alimentado como en mi país [...]. aquí la comida es muy diferente, no me gusta.* (H, 15)

*[Me gusta el] pollo frito con arroz, patatas y salsa de tomate; [no me gustan las] sopas de verduras.* (D, 12)

*Es muy diferente la alimentación porque aquí la gente es más a base de ensaladas, de carnes y cosas raras también que comen, como caracoles...* (D, 22)

Els marroquins també comparen entre tots dos tipus de cuina. La pròpia és percebuda com a "bona" i "saludable", mentre que la cuina de la societat d'acollida no suscita problemes, més enllà de les prescripcions religioses.<sup>29</sup> La religió al Marroc, com en altres països musulmans, envaeix més espais que el del culte i la creença. L'islam confereix identitat religiosa i cultural, perquè penetra en tots o gairebé tots els ordres de la vida quotidiana (Ramírez, 1996). En festivitats i cerimònies de caràcter religiós —relacionades directament amb la identitat— menjar és un element fonamental de la celebració. Aquestes tradicions es mantenen una vegada són a Espanya.

Què fan per lo Ramadà? Pues fan aquella espècie de pa que fa ma mare... que és més com a fil, ¿saps?, pa prim i sopa. És com un pa així redó, però és més primet i ho fiques al foc i quan surt del foc i ja està cuit, pues amb les mans ho aplastes i la costum és ficar-ho en un plat, ficar-hi mantega al mig i mel pels costats del pa. És la costum, ¿saps?. És la religió, la cultura, que durant este mes del Ramadà pues ho fan. (D, 16)

L'islam imposa prescripcions alimentàries més difícils de seguir en una cultura diferent on les normes no s'apliquen a la majoria de la població i la transgressió es converteix, a vegades, en un secret, com el de la noia que confessa haver menjat carn de porc en un parell d'ocasions.

*Bueno... sí, lo he probado, pero mi padre... mi padre no me deja que lo coma..., si se entera que lo he comido... ¡¡uf!!* (D, 12)

Tanmateix, la cuina autòctona sembla que l'assimilen amb més facilitat que altres grups. Un estudi del Ministeri d'Agricultura i Pesca sobre els hàbits alimentaris dels immigrants a Espanya (2004: 79) diu que els magribins declaren consumir cuina "espanyola" en un 48,6%, mentre que els llatinoamericans ho fan en un 46,3%. Hi ha més semblances entre la cuina marroquina i l'autòctona que amb l'equatoriana. En canvi, els llatinoamericans declaren haver deixat de consumir productes del país d'origen, bàsicament fruites i verdures, i menjar tradicionals (63%). Les raons són la dificultat per obtenir la matèria primera, que té un preu massa elevat, o el gust massa diferent al del lloc d'origen (2004: 80-81). Per contra, els marroquins declaren haver deixat de menjar algun aliment en un 44% dels casos. És el cas del cuscús (69%), una preparació que necessita molta dedicació culinària. Ara bé, les respostes són majoritàriament d'homes (77%), és a dir, un col·lectiu amb manca de competències culinàries.

Entre els informants més joves —i escolaritzats— la dinàmica és molt semblant a la dels autòctons. "*Por la tarde, cuando llego, suelo comer también solo. Bueno, a veces con mi hermano*" (H, 17). El patró es repeteix: "*[Paso tiempo sola] a veces, cuando mi mamá se va a trabajar...*" (D, 12). Algunes noies (22 i 25 anys) tenen una estructura familiar totalment diversa a les joves entrevistades de la mateixa edat, però autòctones. En aquests dos casos trobem joves casades, amb fills i responsabilitat extra i intradomèstica en un cas i intradomèstica en l'altre. En el primer dels casos es tracta d'una dona que emigra a Catalunya amb tota la família, i en l'altre, d'un matrimoni mixt —equatoriana i cordovès. La primera dona explica que acostuma a dinar a casa de la seva sogra i que, en qualsevol cas, els continguts dels seus àpats són gairebé sempre de cuina equatoriana —excepte quan surten a dinar fora. En el segon dels casos, la dona s'habitua a preparar cuina autòctona sempre que hi és la parella, mentre que la resta del temps prepara cuina equatoriana.

<sup>29</sup> Tot i que la seva observança està sotmesa a variables diverses, i que el grup dels joves és el més influenciat pel procés de secularització consegüent a la migració (Cáceres i Espeix 2006: 88).

En altres casos, la migració repercuteix en l'estil de vida: nna noia de 22 anys que ha de treballar i estudiar alhora, els diners que guanya els envia a l'Equador, per ajudar la família, que encara és allà: "*Yo me limito mucho, dejar de comprar algo para mí y enviar el dinero a mi familia allá, que realmente lo necesita y si yo puedo ayudarles, lo hago...*" (D, 22). L'edat sembla una variable que incideix en la gestió del lleure, i entre els més joves hi ha una assimilació més fàcil, o fins i tot una intenció d'assimilar-se als gustos dels iguals, mentre que els més grans tenen més dificultats per fer-ho.

No hago, pero quiero hacer una actividad extraescolar [...]. Algo de gimnasio o así... (H, 15)

*[En mi tiempo libre me gusta] jugar, ir a hacer deporte con mis compañeros, o a veces estoy en el ordenador jugando y hablando con ellos, chateando...* (H, 15)

*No salgo con amigas, lo que hago es pasar horas hablando por teléfono con mi hermana [...] por teléfono, compro una tarjeta y la llamo...* (D, 22)

Entre els marroquins joves que viuen amb els seus pares i la mare no treballa no hi ha sentiment de solitud.

*Hombre, cuando salen todos de casa y me dejan, sí estoy solo, pero normalmente nunca estoy solo.* (H, 23).

Sempre dino a casa, amb la família. (D, 16)

Normalment dino en companyia, amb tota la família, i sempre dins uns horaris establerts. (D, 21)

Si contrastem la socialització alimentària és entre les dones marroquines on apareix una socialització més primerenca. Tenen coneixements culinaris i continuen elaborant els plats tradicionals del seu país, alhora que n'introdueixen altres de nous.

*Bueno, nosotros tenemos una comida diferente que aquí, ¿sabes? Nosotros, mi madre hace una comida de, no sé como se llama, de olla.* (D, 26)

*O sartén también, y ella va cambiando, ¿sabes? Un día pescado, otro día carne, un día a la semana o dos semanas cuscús, bueno la comida de nuestro país, sabes.* (D, 26)

*A veces le digo a mi madre que me prepare platos de Marruecos.* (D, 12)

Pues ma mare molt molt molt fa lo que són patates, en caldo i en carn: pollastre i de tot... i a mi m'agraden. (D, 16)

Malgrat que els moviments feministes en poblacions musulmanes adquireixen rellevància a partir dels anys vuitanta (Abu-Lughod, 2002), la diferenciació dels rols de gènere està fonamentada en preceptes de caràcter religiós que els fa inqüestionables. La segregació dels espais públics i privats n'és un bon exemple. La dona està exclosa de l'espai públic i depèn de l'home. Tanmateix, aquesta dinàmica està canviant, si més no a les ciutats, on apareixen els mateixos problemes que tenen les dones autòctones: sobrecàrrega de feina dins i fora de casa.

Com dèiem, hi ha diferències entre les zones urbana i rural, on es mantenen intactes les divisions tradicionals de rols. La major part de les nostres informants dones vénen de zones rurals del nord del Marroc i de parla berber, que han après un islam popular oralment que els inculcant un tractament diferenciat amb els homes en tots els sentits. Els nens podran sortir i entrar lliurement de casa, disposaran de tot el seu temps per jugar i aniran a l'escola. Dins d'aquest procés de socialització de la nena, la mare tindrà un paper cabdal com a mantenidora dels valors tradicionals, que ha de saber inculcar a les seves filles.

Una informant ve d'un poble situat a més d'una hora de camí de la ciutat més propera. Ella diu que "yo soy del campo" i explica les desigualtats de gènere entre els membres de la família que es mantenen en la societat d'acollida.

*Ellos tienen derecho a vivir solos, salen por la noche... y nosotras no* (D, 26)

*Esas cosas las hacemos nosotros por nuestra religión, no es porque no soy hombre o no soy... Nuestra religión no lo permite, sabes, la mujer que salga así por la noche de fiesta sola, tiene que ser con su marido, con su padre...* (D, 26)

No obstant això, les idees de les joves marroquines reflecteixen una certa adaptació a un model més obert i flexible: la dona és lliure de treballar fora de casa i les feines domèstiques s'han de compartir. Aquestes consideracions no són vàlides en tots els casos, ja que depèn de la procedència social i geogràfica.

No hi ha diferències entre un home i una dona per treballar, però més cap allà baix, més cap al Marroc jo sí que hi veig diferències. Moltes dones les veig joves, jo què sé, 25, 26 anys, i a què es dediquen? Ama de casa, ama de casa...totes! I hi ha molta diferència perquè molts homes diuen: tu ets més de casa, i allà sí que ho veig això. Aquí, per mi que tot ho podem fer els dos. (D, 16)

Una ràbia me fot això quan ho sent! Que te diuen: tu a la cuina, vale? Que naltres a treballar fora i tu a la cuina! A molta gent dels marroquins estos de fora ho he sentit jo, això... i me fa una ràbia. (D, 16)

És interessant contrastar la socialització primerenca observada entre els marroquins procedents d'àmbits rurals i la dels autòctons. Cal recalcar que la manca de socialització alimentària entre els joves autòctons es deu, a vegades, a motius que van més enllà del ja esmentat "buit" a la cuina, —"Molts cops no és possible [que els pares li ensenyin les tasques domèstiques] per falta de temps" (home, 23 anys, autòcton)— o perquè sovint nombroses activitats dels joves estan orientades a fer-se fora de l'espai domèstic. Per exemple, alguns joves comenten que si a casa no es dóna importància a l'aprenentatge d'aquestes feines és perquè es prioritzen altres aspectes, com l'estudi: "Ho consideren important [els pares], però potser s'ha deixat una mica de banda perquè pugui estudiar". Figueras (2005: 125) observa la concepció "puritana" del temps pròpia de la societat actual, "en el sentit de voler aprofitar-lo al màxim per treure'n rendiment en el futur dels infants".

En altres ocasions s'esmenten motius no menys importants que tornen a fer evidents altres característiques de la nostra societat en el tracte a l'infant i el jove, com per exemple la seva sobreprotecció. Això queda reflectit en l'ocasional manca d'autonomia del nen o el jove en tasques domèstiques, com la culinària, cosa que es justifica pel "perill" que suposa o bé perquè l'espai culinari és dels adults. Sorpren als educadors que una nena de deu anys es faci una truita a la francesa tota sola, mentre que un adolescent de 15 anys no cuina perquè té por de l'oli:

*I. Yo sé cocinar, ¿sabes? Lo que pasa es que le tengo miedo al aceite, y con ese miedo, pues ya no puedo.*

*E. Y cuando cocinas tu, ¿qué sueles hacer?*

*I. Algo rápido. Un bocadillo y ya está. Pero yo, saber cocinar, sé. Pero no lo quiero hacer porque le tengo miedo al aceite.*

Una altra noia afirma que la seva iniciació es va produir quan es va quedar sola a casa. La cuina li agrada i de petita observava la feina feta per la mare, i fins i tot l'ajudava. En emancipar-se, ja passada la vintena, "a vegades tenia por en plan "no, no faré això que després, si em surt malament, la paella... saps?"". Aquesta percepció s'ha anat transformant a mesura que ha anat adquirint competències: "Ara que visc sola iestic independitzada, me n'adono que puc fer moltes coses sola...".

La socialització primerenca del grup de noies marroquines no sembla un factor protector de l'aculturació alimentària del grup, i per tant, de la consegüent "pèrdua" de les pràctiques d'origen un cop a la societat d'acollida. "Al Marroc, ja des de petita, comences a fer coses a partir dels sis, set anys...", tot i que quan la mare li mana fer el dinar explica que fa "coses facilettes, com per exemple, tortilla, verdura, espaguetis, coses a la planxa, algo facilet, que sigui fàcil de fer i que sàpiga fer bé". En aquest punt, els tres grups ètnics amb els quals hem treballat presenten fortes semblances. Gairebé tots els joves diuen que quan han de preparar-se ells mateixos els àpats recorren al més fàcil i ràpid:

*Me preparo cosas ligeras: bocadillo, ensalada a veces... pero lo mínimo, o sea, tomate, lechuga y no mucho más. Algo rapidito... luego, cuando como bien ya es al mediodía, que me lo prepara mi madre... (H, 17, equatorià).*

*Algo rápido, un bocadillo y ya está. (D, 15, autòctona).*

Solc fer... alguna tortilla, bocadillo... menjar ràpid. (H, 12, autòcton).

En altres casos tampoc no sembla haver-hi relació entre competències culinàries i factor protector en el grup d'autòctons, i entre les persones que semblen haver-se interessat pel coneixement i la posada en pràctica dels sabers culinàries, com una noia amb TCANE que expressa el seu interès per la cuina, i que arriba a moure's força bé en aquest espai.

Ui, és que m'agrada bastant, eh? Vull dir que puc fer pasta, macarrons a la bolonyesa o una amanida d'estiu, arròs, pues també amb amanida o amb llenties o amanida de llenties, amanida de cigrons, també sé fer llenties



estofades amb la carn, allò xup-xup, comprar-les crues, eh...? Crema de carbassó, sopa, verdura, amanida... i de segons, també, pues estofat de pollastre o de vedella o fer-me un bistec o llibrets de llom o fer-me salsitxes, o fer-me frankfurts fins i tot, una pizza, no sé, que me m'en surto, vull dir, que si m'hi poso, m'hi poso... mira, l'altre dia em van explicar una recepta de botifarra amb pomes i ceba al forn i va sortir bé... m'agrada...

Aquest coneixement no és obstacle perquè es pugui desenvolupar un problema alimentari de manera progressiva i sota la influència d'uns fets concrets que a poc a poc, trenquen les seves "rutines": canvi d'escola, d'amics, de professors i d'habitatge... i, sobretot, canvi de models culturals.

Podríem pensar que les societats amb uns paràmetres culturals diferents als del model biomèdic hegemònic —com podrien ser l'equatoriana i la marroquina— presenten unes representacions també diferents pel que fa a la relació entre alimentació i salut. Per exemple, les respostes a aquest tipus de preguntes entre el grup d'equatorians són diferents. Una dona de 25 anys diu que una alimentació saludable és "*cocinar algo bueno que esté bien de sabor y que te guste*", mentre que un home de 17 anys del mateix origen comenta que menjar amb plaer, temps i companyia influeix positivament en la salut, ja que "*si comes y no estás a gusto... Es mejor si te tomas tu tiempo, estás con tus amigos... En la hora de comer te lo pasas bien... ya no sólo por lo que lleva la comida, sino también por la forma en que la comes...*". El model biomèdic també s'ha globalitzat, tot i que, probablement, les recomanacions nutricionals i els consells dietètics no s'han prioritzat ni interioritzat amb el mateix èmfasi. Diu un noi marroquí, que "*hay que saber lo que compras, lo que es bueno, lo que es malo, el contenido de cada una de las calorías, de grasas, para tu cuerpo, para evitar el colesterol, para evitar muchas cosas y comer bien, no sé, yo creo que es importante para que uno cuide bien el cuerpo...*" (23 anys).

La incidència del discurs dominant pot provocar una ambivalència en la percepció de la seva dieta. Aquesta característica s'observa d'una manera particular entre el grup d'equatorians, tal com ja descriuen Cáceres i Espeitx (2006: 74, 166). Observen una percepció canviant de la pròpia alimentació entre equatorians —menys saludable que l'autòctona—, mentre que els marroquins diuen seguir una dieta "més saludable" que la de la societat d'acollida. L'explicació d'aquest fet podria trobar-se en la incorporació de l'ideal de "dieta mediterrània". No passaria el mateix entre els equatorians, també influenciats pel discurs nutricional. A la pregunta sobre què és una alimentació saludable, una dona equatoriana de 22 anys respon: "*Yo pienso que nuestra alimentación no es así [saludable], porque nosotros es el caldo siempre, cada día, y lo que comemos siempre es el arroz*". Afirmar que no creu que la seva alimentació sigui saludable i afegeix que per a ella, "saludable" seria "*una ensalada. Lo que pasa que nosotros sí que comemos ensalada pero no las comemos como acá, de entrada, como acompañante con arroz y algún estofado, por ejemplo, es distinto*". Els equatorians associen la cuina equatoriana a una alimentació més consistent, menys senzilla, en definitiva, menys saludable.

*Quizás ahora que no está mi madre como más a lo español, sí, quizás sin tanto condimento en la comida, la comida ecuatoriana tiene más condimento... Es más sencilla la comida de aquí, más fácil, es todo más saludable incluso [...]. Lo que creo que puede influir para que una persona coma saludable es el gusto... yo creo que el gusto está asociado a lo malo, la grasa es muy sabrosa, demasiado, o sea, el sabor manda. Una dieta saludable no es sabrosa...* (H, 22)

Segons l'informe *Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España* (MAPA 2004: 83), el grup d'immigrants més satisfet amb la seva alimentació en la societat d'acollida és el de magribins (68%), mentre que el menys satisfet és el grup de l'Amèrica central i del Sud (22%). Així, una adaptació difícil a l'alimentació del país d'arribada, juntament amb una percepció de la pròpia dieta com a "menys saludable", podien ser factors potenciadors, si coincideixen amb condicions de vida difícils, de possibles problemes alimentaris.





En alguns casos, la decisió d'aprimar-se està estretament lligada al procés migratori. Els sentiments associats a aquesta experiència influeixen en aquest canvi corporal, ja sigui desitjat prèviament o no.

*Vine muy gorda de allí, como... Y yo, vale, voy a hacer un poquito de dieta y voy a... Sabes, me había cambiado y estaba muy poquito tiempo, por no sé, me sentía un poquito triste cuando vine de allí y de ahí ya dejé de comer. Voy dejando de comer, de comer hasta que ya he llegado a... que no... [...] Cuando siento que no puedo subir las escaleras, sabes... me sentía muy... Y me fui al médico y de ahí me mandaron al Hospital del Mar [...] Quince días allí. Me estaban dando las pastillas de hierro y me estaban cada día pinchando. (D, 26, Marroc).*

*Al dejar a mi familia, yo estaba en forma, y al venirme aquí, perdí peso. Al encontrarme con otras costumbres y verme solo... (H, 23, Marroc).*

Quant a altres cures del cos com l'ús de cremes, maquillatge i altres, les joves dels grups estudiats declaren que els consumeixen amb més o menys freqüència.

*¿Qué hago para cuidarme? Bueno, me pongo cremas, base hidratante y todo eso... Me maquillo porque me gusta, me compro cremas y para hidratarse también. Eso sí que me gusta mucho, comprar cosas si puedo comprarlas, dedico mucho tiempo a eso, sí... (D, 16, Ecuador).*

*Yo nunca he cuidado de nada. Bueno, solamente la cara cuando salgo al sol, pongo una cremita de sol. (D, 26, Marroc)*

*Bueno, pongo un poquito, no sé, de colorete y rímel. (D, 26, Marroc)*

En algun cas, queda clar que la iniciació en la cura del cos va associada a la pubertat i la relació amb l'altre gènere, tot i que un cop les joves sumen anys i experiències, aquesta relació —cos-sexualitat— deixa de ser l'únic factor que incideix en la preocupació per la imatge.

*Pero ya luego, luego con las amigas, luego ves que te empiezan a importar otras cosas, no sé, los chicos, por ejemplo, ya ahí empezaron a importarme, a gustarme los chicos, pero antes no, hasta cuarto curso, no, no, todavía no me fijaba mucho así, ya luego pues sí [...]. Empecé a cuidarme, a arreglarme más, ponerme más coqueta, ser más coqueta [...]. Me maquillaba, me maquillaba, en el colegio no te permitían llevar maquillaje hasta que no estuvieras en un ciclo superior, no te dejaban llevar maquillaje, entonces ya cuando pasamos a quinto curso, entonces ya empezamos a maquillarnos, a pintarnos así, y ya te digo, entonces siempre a lo mejor faltando cinco minutos para salir, entonces te arreglabas porque afuera te estaban esperando, a lo mejor ibas a pasear o así, ya te arreglabas. (D, 25, Ecuador).*

Quant a l'ideal estètic femení, trobem diferències entre cultura marroquina i equatoriana, així com entre aquestes i els models dominants en la societat catalana. Per exemple, les dones marroquines expliquen l'associació que hi ha al Marroc entre el fet d'estar prim i la malaltia o la manca de salut. Com Fatima Mernissi descriu a *El harén en Occidente* (2001), la primor s'associa a la vida carregada de problemes i preocupacions, mentre que "estar rellenita es señal de que la mujer ha logrado controlar su destino" (Mernissi, 2001: 46).

Curiosament, aquesta imatge del cos femení roman entre els joves, mentre que les dones, un cop a la cultura d'acollida, semblen adaptar-se a un ideal estètic més proper al model occidental, tot i que en alguns casos —com les joves de procedència urbana— ja estava interioritzat abans de la seva arribada. Per exemple, un jove marroquí de 23 anys explica que [*"delgaditas, delgaditas, no me gustan nada. Me gusta que la chica esté un poco rellenita, no que se le vean los huesos de la cara, y de cuerpo... pues aquella amiga que tengo, pues qué quieres que te diga, está muy bien de cuerpo aunque ella se queja mucho..."*]. En un altre cas, un noi de 25 anys diu que "*en mi país, las chicas compran en la farmacia un jarabe para engordarse cuando están muy delgadas*". Discursivament, coexisteixen models corporals duals. Pel que fa a les joves, si bé n'hi ha que diuen que "*la dona, alta, ni prima ni grassa, i que sigui bona mare i madura*" per referir-se al seu model femení, en trobem d'altres per a les quals el referent és el d'una cantant líbia, una dona amb un cos que es correspon amb el model estàndard que la indústria del consum difon com a ideal.

El model que associa la dona amb un cos sembla que està canviant al Marroc contemporani —on arriben influències europees—, sobretot a la zona urbana, mentre que a la zona rural perduren les creences tradicionals.

Les marroquines volen ser més gordes. Molta gent quan a l'estiu vaig allà i me veu prima me diuen: ai, que t'has aprimat un munt... Hi ha molta més gent que li dóna més importància i que quan et veu prima et veu com a malalta, com si no mengessis, com a seca i... quan estàs gordeta te veuen millor. (D, 16)

Les joves marroquines que fa anys que viuen a Espanya han incorporat l'ideal de primor imperant i algunes han fet dieta per aprimar-se o per mantenir-se en un pes considerat "ideal". En algun cas, es relaciona la figura prima amb l'elegància, amb la distinció social. Aquesta percepció queda reflectida entre els immigrants amb una situació socioeconòmica inferior a la dels autòctons. És per això que un noi marroquí (23 anys) comenta que "los pijos suelen tener la dieta de no comer grasas, de no comer no sé qué... Cuando voy a comer con amigas que son pijillas, beben coca-cola light, beben no sé qué... pues te fijas en eso, que no consumen cosas que tengan grasa...".

Els joves equatorians tenen un model diferent al dels marroquins, molt més semblant al dels autòctons. Semblen una mica més flexibles i heterogenis, una circumstància que, òbviament, repercutirà en l'autoexigència dels joves i en una preocupació més baixa pel cos.

*En general, lo que me gustaría quizás es ser más alta. Del resto, no. Del resto no tengo problemas (...) y como dicen, la forma latina. Creo que se ve más bonito: un cuerpo bien formado, no soy de mucho, pero tampoco de poco...* (D, 24)

*Me gusta como soy... Bueno, esto no me gusta [michelines], pero lo acepto como soy y ya está...* (D, 16).

*No estoy satisfecha con mi cuerpo porque antes pesaba 49 kilos y ahora no sé cuánto peso... Me parece que 58, un poquito menos... pero no hago nada para adelgazar.* (D,25).

Quan es manifesta una insatisfacció amb el propi cos, aquest acostuma a superar el límit de l'IMC considerat normal per la biomedicina, (25); en aquests casos no s'acostumen a trobar els *décalages* entre l'ideal corporal i l'IMC observats clarament en el grup de dones autòctones:

*Me gustaría utilizar una talla menos... Es más bien de barriga, si me pongo unos pantalones muy ceñidos, se sale todo...* (D, 22, IMC: 24, 61)

*Si me engordo siento un poquito de culpa, porque sé que si me engordo es porque no me estoy controlando y no sé, me paso con la comida... Entonces, te sientes un poco culpable cuando ves que has subido...* (H, 17, IMC: 26, 4).

Els paràmetres ideals del cos ja observats entre el grup d'autòctons es repeteixen entre els equatorians. Així, el cos de l'home ha de ser "musculat", "fort", mentre que la dona, més aviat prima, ha de tenir un pit considerable i estar proporcionada.

*Me gustaría estar... no sé, lo básico: cuadrado y en forma, sin tener casi grasa.* (H, 17)

*I. Los hombres se fijan mucho en el pecho.*

*E. ¿El pecho más que las caderas?*

*I. Sí. Yo creo que el pecho.* (D, 24)

En alguns casos s'observen petites variacions culturals, com en els atributs que serveixen com a marcadors d'una identitat determinada.<sup>30</sup> Per exemple, una de les joves diu que un dels atractius del cos de l'home equatorià és el seu cabell i pentinat: aquesta és una manera de defensar i valorar la pertinença al propi grup ètnic.

*El pelo, porque al ser nosotros indígenas, pues se fijan mucho en que mantengan su pelo, aunque sea una colita. Y bien cuidado el pelo, eso me he fijado, por haber escuchado muchas conversaciones con las chicas, lo veo que cuando tienen el pelo bien, les atrae, sí...* (D, 24)

#### 4.3.3.2. Fer dieta

Si tenim en compte l'origen dels informants, observem que entre equatorians i marroquins fer dieta és una pràctica que, segons manifesten les persones entrevistades, és molt menys habitual que en el grup dels

30 Una característica que també es dona entre algunes dones marroquines i la defensa cultural que en fan mitjançant l'ús del xador.

autòctons —hauríem d'afegir que entre les dones. En aquests casos, es posen en pràctica majoritàriament altres estratègies, com ara menjar quantitats més reduïdes dels àpats habituals.

Per aprimar-se s'ha de menjar menys. (D, 21, Marroc)

Quan menjo massa, després intento menjar menys. (D, 16, Marroc)

*No conozco dietas, no me interesa.* (D, 22, Equador)

Un cop més, les excepcions, és a dir, fer dieta, es troben relacionades amb l'existència d'un sobrepès manifest: *"Hago dieta por salud y estética"* (H, 17, Equador).

Tanmateix, aquests dos grups d'origen divers coincideixen en altres aspectes amb el grup d'autòctons. Per exemple, pel que fa a saltar algun àpat. Fan declaracions en aquest sentit i, igual que passava entre els autòctons, les argumentacions per no menjar tenen molt a veure amb la manca de temps i/o de ganes per prepara-se els àpats.

De vegades em salto el sopar perquè no m'agrada el que hi ha. (D, 21, Marroc)

*No suprimo platos pero tengo un horario un poco raro, por lo que las comidas las hago desplazadas en el tiempo.* (H, 23, Marroc)

*Cuando salto es porque no tengo tiempo para comer.* (H, 17, Equador)

Una segona similitud entre equatorians, marroquins i autòctons és la gran influència dels estats emocionals en el fet de menjar més, menys o no menjar. Així,

Si estic trista menjo menys i avorrida menjo més. (D, 21, Marroc)

*Cuando estoy triste pierdo peso, si estoy nervioso como chocolatinas, me bajan los nervios.* (H, 23, Marroc)

*Cuando estoy triste no como y cuando estoy alegre como más.* (H, 17, Equador)

Aquesta influència la trobem relacionada molt clarament amb l'experiència migratòria i els sentiments que se'n deriven: solitud, tristor, trencament amb les xarxes socials, etcètera. És el cas d'un noi de 23 anys, nascut al Marroc i que fa dos anys que va emigrar, deixant bona part de la família al seu país d'origen. En l'actualitat viu amb un germà, i recorda que quan va arribar va aprimar-se molt: *"Al dejar mi familia yo estaba en forma, pero al venirme aquí perdí peso, al encontrarme con otras costumbres y verme solo..."*.

El treball de camp confirma algunes de les nostres hipòtesis inicials. En primer lloc, pertànyer a un determinat grup d'edat, ser jove, és una variable social determinant a l'hora d'assumir els models i pràctiques culturals referents a la imatge corporal i l'alimentació, i són clau en la identitat d'aquest grup. En segon lloc, el gènere és una variable central, ja que, tot i els canvis que s'han produït en els models masculí i femení, es continuen detectant diferències estructurals quant als rols socials i els estereotips físics entre homes i dones, una circumstància que, òbviament, condiciona les diferents cures del cos i pràctiques alimentàries. Per últim, la diversitat cultural es la tercera variable de pes en l'anàlisi de la influència dels comportaments alimentaris i les cures del cos característiques de les societats industrialitzades. En aquest cas, s'observa una tendència a l'assimilació d'aquests paràmetres, tot i que també es detecta que en molts casos la interiorització d'aquestes normes ja és un fet en les societats d'origen dels grups estudiats. No obstant això, l'anàlisi transcultural permet establir diferències entre grups, i veure que el grup dels autòctons és el més vulnerable pel que fa a l'assumpció de les pràctiques alimentàries i els models corporals esmentats.

Un cop establerts aquests paràmetres, caldria preguntar-nos quina relació tenen amb l'aparició dels TCA, si és que en tenen. És a dir, ¿podríem establir un nexa entre la causalitat dels trastorns del comportament alimentari i les profundes transformacions socioeconòmiques i culturals que han afectat la societat catalana, modificant els models de gènere, les imatges i cures corporals i els comportaments alimentaris? Això és el que desenvoluparem tot seguit.



## 5. Etnografia dels trastorns del comportament alimentari<sup>31</sup>

---

Deixar de menjar o menjar fins a afatar-se no només pot expressa malesta per no respondre o aconseguir certes expectatives individuals i socials que tenen a veure amb la promoció i la identitat, sinó que també manifesta d'altres tensions relacionals, com per exemple la posició més o menys marginal dels joves en l'estructura social o bé el canvi cultural a què estan sotmesos els immigrants, i en particular, el grup d'adolescents i joves. Es tracta d'actituds que ens tornen a mostrar que la lipofòbia o por d'engreixar-se no són les úniques causes o no són motius suficients per explicar els TCA. En aquest apartat ens dedicarem a explorar la variabilitat de causes associades a l'aparició dels TCA sense descuidar, òbviament, l'anàlisi de la lipofòbia com un dels motius explicatius d'aquests trastorns.

### 5.1 Mirallet, mirallet: més enllà del cos?

Si ens centrem en l'estudi de les causes explicatives dels TCA alienes a la lipofòbia, cal detenir-se en l'anàlisi dels TCANE (trastorns del comportament alimentari no especificats). Aquesta antesala nosològica creada pels psiquiatres aglutina un gran nombre de persones que manifesten una simptomatologia diversa i no coincident amb els paràmetres clàssics descrits per a l'anorèxia i/o la bulímia.<sup>32</sup> Aquí, els relats biogràfics ens ajuden a anar esbrinant les diferents motivacions per les quals les noies expressen els seus malestans dins d'una estructura social concreta, unes manifestacions que, com ja hem tingut l'oportunitat de posar en relleu, a vegades troben la seva etiologia molt més enllà dels factors lligats a la relació cos/dieta.

Els dos primers punts d'aquest apartat es dedicaran a l'examen de les relacions entre els estats emocionals i les pràctiques alimentàries, i a la contextualització d'aquestes manifestacions en una societat que, com veïem al punt 5, es caracteritza per unes profundes transformacions culturals i socioeconòmiques que, sens dubte, afecten les representacions dels joves, tot posicionant-los en una situació de vulnerabilitat que pot incidir directament en el desenvolupament d'un trastorn del comportament alimentari. Tanmateix, no oblidarem que la lipofòbia continua sent una de les múltiples causes d'aquests trastorns. El punt anterior ens ha permès desenvolupar una part d'aquesta problemàtica, ja que ha quedat ben palesa la preocupació sobre la imatge per part dels joves, a més de l'ús progressiu de la dieta com a domini del propi cos. Així, i com ja hem dit, les relacions entre aquesta preocupació i l'aparició de TCA es desenvoluparan amb detall més endavant.

#### 5.1.1 Menjar i emocions

El treball clàssic de Bass, Wakefield i Kolasa (1979), recollit a Contreras i Gracia (2005: 35), mostrava els diferents usos socials de l'aliment, més enllà dels aspectes nutricionals. Aquests autors formulaven una llista en la qual "satisfer la gana i nodrir el cos" quedava diluït entre dinou funcions alimentàries més, totes relatives a aspectes socioculturals específics. L'aliment i l'acte de menjar estarien directament relacionats amb l'expressió d'emocions, així com la posició dels diferents agents en l'espai social. Així, si l'acte de menjar uns aliments determinats pot significar el distintiu d'un grup, què passarà quan algú no se sent o no vol sentir-se'n part? Si l'ús d'un aliment pot mostrar estatus social, o bé mitjançant aquest es pot exercir poder, què passarà amb els agents socials situats fora d'aquests espais? Tal com explica Gracia (2000: 350), en l'estudi de l'alimentació cal tenir en compte no només els significats del per què i del què mengem, sinó, i de manera especialment important, s'ha de delimitar què volem expressar quan no mengem. Així, qüestionar-nos qui no menja què, quan i per què podria ser un bon començament per abordar el tema que estem treballant. Darrere de totes aquestes posicions trobarem associades emocions diverses. La seva anàlisi ens podria ajudar a comprendre

---

31 En aquest apartat treballem exclusivament amb població amb TCA.

32 Segons els clínics, són quadres incomplets de TCA, és a dir, que les persones diagnosticades amb TCANE no presenten tots els criteris diagnòstics que serveixen per definir qualsevol TCA —són els casos atípics—, perquè hi ha alguna característica absent o per sota del llindar: per exemple, anorèxia amb menstruació, bulímia sense afatar-se, anorèxia sense pèrdua de pes, etcètera. Per aquesta mateixa raó, aquests quadres acostumen a trobar-se amb més facilitat.



millor per què algú se sent, “buit”, “frustrat” o “neguitós”. I si incidim en aquests estats d'ànim és perquè les persones que ens han explicat la seva biografia ens transporten una vegada i una altra a la inadaptació al seu entorn més immediat o a la insatisfacció amb la societat en què viuen. Vegem-ho.

Segons Kleinman (2000), la comprensió de la moral, la política i la medicina com a “realitats interconnectades” ens porta a la categoria de “patiment social”. Les narratives de les persones entrevistades deixen entreveure aquest espai de dolor moral que cristal·litza en la representació d'un cos “trecat” (2000: 21). Més enllà del dolor físic que moltes d'aquestes persones senten com a conseqüència de les autolesions o la gana, els protagonistes de les històries que hem recollit posen l'accent en *sentir-se malament* al món on viuen. La posició social que ocupen en el marc d'una estructura determinada és el motor d'aquests malestars, d'aquest dolor moral sentit i expressat de maneres diverses, especialment mitjançant el menjar. Treballarem el primer d'aquests punts —posició social— a l'apartat següent. Ara, ens aturem en l'anàlisi d'aquestes expressions de patiment a través del relat biogràfic de diverses dones diagnosticades de TCANE: la Pilar, l'Ana, la Clara i l'Alba.

La Pilar manifesta clarament quins són alguns dels fets que han transformat la seva trajectòria de vida fent-la traspasar el llindar de sentir-se bé a sentir-se malament. Recorda haver sentit “nervis” davant del fet d'haver-se de casar amb un home que no l'estimava. Els “nervis” no la van deixar menjar durant una època de la seva vida, quan sortia amb el primer xicot i la relació començava a trontollar,

*y entonces, pues bueno, de los mismos nervios, a mí, los nervios y la ansiedad y demás, pues me hace... se me cierra la boca del estómago y me da por no comer, y entonces, no comía, no comía...*

Per a la Pilar, diagnosticada d'anorèxia nerviosa, aquest fet ja forma part del passat. Amb tot i això, hi ha d'altres circumstàncies vitals que l'han ajudat a cronificar la seva malaltia. És el cas, per exemple, de no haver aprofitat determinades oportunitats:

*No he sabido aprovechar todas las oportunidades que he tenido en esta vida, no las he sabido aprovechar... no he sabido aprovechar el momento... Tener la oportunidad de estudiar y no saber... aprovechar la oportunidad que me brindaron [mis padres]...*

*No he perdonado el hecho de ser como he sido...*

*E. ¿No?*

*No. No he perdonado el ser como he sido ni perdonaré el hecho de ser como sigo siendo, porque sé que no he cambiado...*

La Pilar se sent inferior per aquesta circumstància. Se sent “fora del circuit social on viu. Creu que no val, no serveix, o no és ningú:

*Lo llevaba fatal y sigo, continúo llevándolo, o sea, lo llevo muy mal el no haber aprovechado y hacer una carrera, lo llevo muy mal, muy mal... [...] Me he sentido siempre muy inferior a la hora de no tener una carrera. [...] Es una mierda, no vales nada, no sirves para nada, no eres nadie...*

Avui treballa com a operària en una fàbrica. Aquesta situació perpetua el seu sentiment de malestar:

*E. ¿De qué tienes miedo?*

*P. Tengo miedo a empezar a trabajar, ¿no? A empezar a trabajar, a dar el primer paso, pero más que miedo a dar el primer paso, a quedarme allá encerrada, ¿no? A quedarme allá aplacada, de decir: “de allá no me muevo”...*

L'Ana explica situacions similars. Dues experiències del passat deixen entreveure de manera particular expressions de ràbia i/o de desconcert, reactives, en sentir-se malament en el marc d'una estructura social determinada. La primera té a veure amb el moment en què l'Ana s'engreixa per primer cop. Això passa un estiu, durant l'adolescència. No recorda bé quants quilos fan transformar el seu volum —quinze, potser “no tants, deu...?”—, però l'arribada a l'institut després de les vacances i la confrontació entre el seu cos i els altres provoca una reacció que desembocarà en les primeres dietes, els primers vòmits... Quins podrien ser els motius d'aquest canvi corporal?

L'Ana viu a Barcelona i passa els estius en un petit poble de la província d'Albacete, d'on és el seu pare. En plena adolescència, ha començat a relacionar-se amb els seus iguals a través de les sortides amb els amics, les discoteques i les festes... Aquest procés d'identificació com a “adolescent jove” es veu interromput d'arrel

durant unes vacances, quan arriba al lloc d'estiueig, un lloc que, segons la noia, conserva encara algunes de les característiques de la societat catalana dels anys cinquanta. L'Ana intenta fer la mateixa vida que a Barcelona, però la seva primera incursió en una discoteca resulta un fracàs.

*Yo en Madrid se supone que ya había hecho ese salto, ¿no? Que ya era la niña moderna, que salía, que bebía, que tal... Y cuando llego al pueblo, nada de nada, me dicen: "Niña, que el pueblo sigue siendo el pueblo", y el pueblo sigue siendo la matanza [del cerdo], la bolsa de pipas, el paseo y para de contar... y que "aquí, a las discotecas van los hombres y las putas"...*

Al poble aquest espai de socialització i de festa —la discoteca— sembla reservat als homes i a les dones "fàcils". La confrontació entre dos espais —domèstic i extradomèstic— i la seva relació amb la construcció de la masculinitat o la(les) feminitat(s) es posa en relleu. A més, això passa en un moment de la seva trajectòria de vida molt particular, ja que coincideix amb la seva adolescència:

*[Me sentí] fatal, fatal [...] [sentí] muchísima rabia, cabreo... Dije: "Esto es una mierda", "este pueblo de mierda", "retrógrados"... [...] "Mierda con los del pueblo", y "que se vayan a la mierda"... Y ya está, y con mi amiga, y ala, en casa, a comer, vamos a nuestras cositas, charlas, viendo la tele, a comer pipas, las magdalenas, la galleta, la guarrada, no sé qué, paseos, chuches... Pero claro, eso en el pueblo, muy bien, día a día no pasa nada, como todo el mundo está bien entrado en carnes... pues ya está, pero claro, llegas a Madrid en septiembre...*

L'Ana torna a relatar una experiència similar més endavant. Passats els anys, comença a fer estades, cada cop més perllongades, en països africans: Marroc, Tunísia, Egipte... Vol aprendre els diferents dialectes i li agraden les cultures que troba en aquests paratges. En definitiva, s'hi sent bé. És per això que aquest sentiment comença a transformar-se quan decideix anar a treballar a Ceuta i es troba, novament, fora de context. A Ceuta, la seva feina en una caixa d'estalvis la porta a envoltar-se d'espanyols, uns companys, que no accepten els grups de magrebins instal·lats a la ciutat i que la rebutgen. Aquesta dona experimenta el xoc de dos estils de vida: l'"espanyol" i el que viu durant la seva estada en països de cultura islàmica.

*Resulta que todo es una apariencia porque en el fondo hay más discriminación que en ningún sitio, o sea, la ciudad está completamente dividida, en la oficina yo me siento el bicho raro porque soy la rara que se relaciona con los moros... Y eso allí no está bien visto, por lo tanto, digo: Dios mío, qué hago yo aquí, no me miran bien porque me relaciono con los moros... Por lo tanto, yo no encajo con los españoles, además, me siento muy sola, muy desencajada, los ceutíes son muy andaluces, sabes que el carácter andaluz es muy diferente al del resto de los españoles, yo no encajo con ellos, yo me empiezo a sentir muy... que no me ubico, empiezo a pegarme atracones, empiezo a vomitar otra vez, me siento muy lejos de todo, no lo sé, me empieza a coger el pánico...*

Altres exemples de persones diagnosticades d'anorèxia nerviosa ens ajuden a insistir en la recerca d'una etiologia diversa i explicativa de l'origen dels TCA. Més concretament, en la delimitació de com els estils de vida i la posició social dels joves pot incidir en les seves pràctiques alimentàries i, eventualment, en el desenvolupament d'aquestes dolències. La Clara marxa del nucli domèstic d'origen —a Castelló— per estudiar a la Universitat de Barcelona. Allà, una sèrie de circumstàncies provoquen que entri en un estat permanent d'angoixa: la competitivitat entre companys, haver d'estudiar una carrera que no li agrada, però que no vol abandonar, voler treure un expedient brillant i ocupar alhora moltes hores amb activitats d'oci. La complexitat d'aquesta situació afavoreix la dedicació exclusiva de la Clara als estudis, una ocupació que anirà en detriment d'altres activitats, i que, en no resultar satisfactòria, s'acompanyarà de sentiments com la "frustració" o "l'amargor" o "l'angoixa" que es canalitzen a través del menjar.

Ho vaig viure com un fracàs, com és possible que no pogués fer-ho bé? I entones me matxacava molt i me ficava a estudiar molt, i llavors no eixia massa, però clar, estava com amargada, tot el dia... també, una mala llet!! [...] Entones, al no estar bé jo, estava estudiant i tampoc estudiava, i volia estudiar més i cada vegada estudiava menos... La distància entre lo que volia i lo que era, cada vegada era més gran, i me frustrava moltíssim i bueno, me creava un estat d'ansietat que ho pagava tot amb molt mal de panxa... Jo això [els exàmens] ho vaig ficar com la prioritat màxima, no? Llavors era: estudiar o menjar, les dues coses juntes, no... no les concebia... perquè jo veia que com estava molt nerviosa, si menjava em sentava malament i si em sentava malament em feia mal la panxa i no podia estudiar, i jo primava estudiar que no menjar, perquè jo deia: "Per un mes de no menjar massa, no passa res..."

El cas de l'Alba presenta algunes similituds en època d'exàmens:

M'aprimava molt, em posava molt nerviosa, jo menjava, però clar, si sempre havia sigut una persona de molt picar, perquè picava entre hores, i menjar molt i això, pues als exàmens menjava només el que tenia al plat. És a dir, si em posaven primer, segon i postres, jo menjava allò i no deia: "La meitat de formatge", o "m'agafo més pa" o "una galeta", no... menjava, i em vaig començar a aprimar...



Són significatives les emocions que sent l'Alba com a conseqüència del canvi de vida que suposa l'entrada a la Universitat:

Potser em va venir tot una mica gran i vaig pensar: "Ui, he de treure bones notes i he de demostrar que puc" i la pressió que et posaven els professors, en plan: "*La gente que viene de un colegio concertado privado aquí el primer año suspenderán todos*", i clar... I em creava angoixes i neguits [...] tot plegat jo em sentia buida..."

Acabem de veure, molt breument, diverses expressions de malestar. També hem començat a entreveure factors estructurals que podríem vincular amb aquests estats emocionals. És clara la relació intrínseca entre menjar/no menjar i la comunicació de l'emoció. Ara hem de preguntar-nos sobre les possibles coincidències entre les diverses posicions socials d'aquestes persones durant els períodes de malestar. Aquest exercici ens ajudarà a complementar les raons esgrimides per contextualitzar l'aparició de trastorns del comportament alimentari que van més enllà de la lipofòbia, i la pressió exercida sobre el cos pels mitjans de comunicació social.

### 5.1.2 Canvis estructurals, modernitat líquida i malestars socials. Els llenguatges del menjar i del cos

En caracteritzar la societat contemporània, s'observen, d'acord amb Martínez i Recio (CIIMU 2004: 409) "les transformacions generades en l'estructura i dinàmica familiar, el ritme de vida i de treball en progenitors i joves, la incorporació de noves tecnologies, el procés de medicalització de la vida quotidiana (que està suposant una patologització d'estats subclínic com la tristesa) i la preeminència d'una cultura del consum que genera frustracions i incerteses". Aquestes transformacions i les seves conseqüències han estat estudiades per sociòlegs com Sennett (2000), Bauman (2005) o Beck (1998, 2002). Així, allò que Sennett definia com la "corrosió del caràcter" característica del jove actual i gestada en una societat flexible, Bauman ho associa amb la crisi d'identitat que sorgeix en una societat "líquida", és a dir, fragmentada, canviant i fràgil.

Aquestes afirmacions ens fan reflexionar sobre dues qüestions: en l'efectiva incidència d'aquests factors en el "caràcter" dels joves, i més enllà, en l'assimilació per part d'aquests —i de la societat en conjunt— dels canvis socials esdevinguts durant les darreres dècades.

En relació al segon dels ítems plantejats, les entrevistes mostren que algunes d'aquestes transformacions, per exemple, les referides al canvi en les estructures i dinàmiques familiars, són assimilades amb dificultats pels joves i pel seu entorn més immediat. Aquesta circumstància acaba per afectar les seves vides. L'Ana, diagnosticada de bulímia nerviosa i després de trastorn per afartament, il·lustra clarament el que estem explicant. En les situacions de migració, un dels factors en què s'incideix de manera reiterada és la manca de lligams familiars sòlids que observa a la cultura d'origen —i que experimenta a partir de les seves vivències familiars, sobretot des del divorci dels seus pares—. Aquest tret el compara amb la cultura d'adopció:

*Tienen valores muy bonitos, y algo que quizás, a lo mejor precisamente porque es algo que a mí me ha faltado, que ha sido una familia, y creo que es uno de los valores que ellos todavía conservan, que es el valor de la familia. Es quizás por eso que yo me siento bien allí, por eso ellos valoran tanto la familia, para ellos es algo tan sagrado, la madre, la madre es algo sagrado, la unidad familiar, la jerarquía, la unidad familiar, el padre, la madre, los hermanos, es que es algo sagrado, es algo que se respeta y se valora por encima de todo. Claro, quizás es algo que en España hemos perdido, todavía hay familias que se conservan, ¿no? Pero cuántas familias se han destrozado, los divorcios, las separaciones, la vida que llevamos, o familias que se mantienen, pero que no renuncian a la falta de tiempo por las distancias, claro, tantas cosas que en España se han perdido y que allí se conservan...*

En altres casos, la separació i el divorci de la parella és una experiència difícilment assimilable pels membres de la unitat domèstica. Així ho explica la Clara, quan comenta amb tristesa els sentiments que esclaten després de l'anunci de separació dels pares, amb la por pel "què diran" al Castelló de fa poc més d'una dècada:

El meu pare sempre ha sigut molt protector i sempre molt damunt de mi, perquè ell sempre s'ha sentit molt culpable d'haver-se n'anat...

Ma mare se quedava a casa perquè jo no estigués a soles, i jo moltes vegades deixava de fer coses perquè no estiguere sola, i nos vam com... com unir... però d'una manera... no sé... la vaig limitar a ella i ella em va limitar a mi... i ens vam tancar molt l'una amb l'altra, i això hasta fa res...

I també recordo que em donava molta vergonya, perquè me'n recordo que dels meus amics, jo no sé de ningú que els seus pares estigueren separats, i jo no ho deia a ningú... "I el teu pare?", "No, és que està..."

L'Alba ens explica un altre cas que, tot i que és difícilment generalitzable, ens dona dades —extrapolables, aquest cop sí— sobre la importància que encara té a la nostra societat el model d'estructura familiar, format

per un home i una dona. La seva mare biològica mor quan aquesta és una nena de cinc anys. El pare es torna a casar, una situació que provoca un conflicte difícilment superable entre els pares de la mare de l'Alba i el seu pare. La mateixa Alba expressa el rebuig que sent cap a la seva "nova mare" (l'Olga), a la qual sempre li ha costat anomenar així: "Per què li he de dir mama si no és la meua mare?". Quan el pare de l'Alba ha de marxar fora de la ciutat a treballar i la noia es queda sola amb l'Olga durant llargues temporades, la tristor omple la seva vida quotidiana: "Jo abans de marxar a Barcelona ja vaig començar a ser una mica més introvertida, perquè clar, em vaig quedar sola amb l'Olga, i saps? Allò que... Clar, no tens ni els teus avis, ni el teu pare... et quedés a viure amb l'Olga...". L'Alba, coincidint amb les absències del seu pare, deixa de menjar.

Malgrat no conèixer la nova dona del pare de l'Alba, entre les dues s'estableix una relació difícil, que no acaba de trobar una sortida favorable. A tot això cal afegir-hi la por que l'Alba sent pel fet que el nou vincle pugui trencar-se com a conseqüència de les desavinences familiars. Li preocupa que el seu pare pugui quedar-se "sol", "sense dona":

Jo pensava: "Ostres, el meu pare, jolín, ja ha perdut la seva dona i ara que es torna a casar només falta que torni a quedar-se...", i era com no voler-me jo sentir culpable... Terrible. A veure, jo, per molt bona nena que hagi sigut, he tingut les meves dolenteries, i també he tingut enganxades amb l'Olga, que dius, "Ostra, que no pot ser això, no anem bé, no anem bé..."

Aquest exemple serveix per il·lustrar que ens trobem, efectivament, davant d'una societat caracteritzada per la fragilitat de les relacions socials i també la dialèctica que genera. Les narratives expressen que no és gens fàcil assimilar els canvis ràpids en les estructures familiars i acceptar les transformacions que suposen en els vincles afectius mentre, simultàniament, perviuen les representacions d'un model de família hegemònica que no es correspon amb la realitat, molt més plural.

Reprenem ara la primera de les preguntes que ens plantejàvem abans, és a dir, quina incidència podrien tenir en els joves els trets característics de la societat actual? Si, d'acord amb Bauman (2005: 57), ens trobem immersos en un espai social en el qual el sentiment d'identitat es dilueix a favor de la creixent necessitat d'identificar-se, què caldrà esperar d'un jove que es caracteritza, precisament, pel fet de trobar-se en un període de la vida fronterer, inestable, experimental, transgressor i cercador d'identitat? Tot semblaria indicar que estem parlant de joves que busquen identificacions múltiples en una societat inestable. La singularitat es caracteritza per la manca d'estructures identitàries sòlides. En aquest context apareix amb força allò que alguns sociòlegs anomenen "ressorgiment del sentiment tribal" (Costa i Pérez 1996). Aquesta metàfora tribal tradueix el desconcert dels joves en una societat caracteritzada pel canvi accelerat i els permet amplificar els trets d'identificació que els impedeixen, almenys il·lusòriament, de quedar marginats. Aquesta identificació mitjançant trets estètics implica exhibició de la imatge. Per això no amaguen la seva identitat i busquen en el seu cos, i en la lectura de les reaccions que projecta, construir-la mitjançant la dialèctica entre ells i els altres: el grup i els de fora del grup.

Cal insistir en els comportaments dels joves que busquen definir la seva identitat. Com recorden Romaní *et al.* (2004: 11-12), el període de transició entre la infantesa i l'edat adulta suposa portar a terme pràctiques que poden suposar riscos, però també oportunitats —"d'experimentar, de créixer, d'aconseguir més cotes d'autonomia". Així doncs, "el que no podem fer és prendre la part de risc del seu procés d'aprenentatge pel tot, sense considerar les seves experiències positives, els seus interessos i expectatives". En relació al tema estudiat, ens hauríem d'interrogar sobre la pràctica de risc que suposaria "no menjar", "menjar poc" o "menjar massa", la seva relació amb la construcció de la feminitat/masculinitat i amb les normes establertes pel grup dels adults, davant d'un patró mèdic institucionalitzat que imposa uns límits entre el pes que és normal i el que és patològic, deixar de menjar suposaria anar més enllà del que és permès. D'aquesta manera la persona anorèctica se situa al marge dels patrons socials, transgredeix els límits i, en alguns casos, posa en suspens la noció de malaltia, reivindicant-la com a estil de vida. De fet no hem de menysvalorar el caràcter egosintònic que suposa, per a algunes noies, controlar la gana i el pes. Ni tampoc que la majoria de les joves coincideixen en què la seva malaltia les ha fet créixer personalment, perquè han après a conèixer-se millor.

En canvi, tant en l'anorèxia com en la bulímia nerviosa la construcció dels propis límits oscil·la —a vegades per decisió pròpia i d'altres intencionadament— d'un extrem a l'altre. D'una banda, el màxim control —anorèxia—, i de l'altra, l'alliberament emocional de la repressió —bulímia— regulen —o desregulen— la imatge que cada dona construeix de si mateixa. Encara que les dietes hipocalòriques sovint surten d'una prescripció mèdica —i per tant d'una resposta institucional—, la conducta anorèctica se situa dins de la desviació enfront de la normalitat, i per tant es converteix no només en conducta de risc, sinó en una conducta transgressora.

Reprenent la nostra argumentació, s'observa la tensió que apareix entre la recerca, no exempta de riscos, de la identitat i el context fràgil i canviant en què es mouen els joves. Per exemple, la Pilar recorda haver perdut la seva feina com a auxiliar de clínica quan s'inicia en la pràctica de restricció severa de menjar: "*Perdí mi trabajo por culpa de ello...*". Com a conseqüència, la noia s'ha de posar a treballar en una fàbrica com a operària, una feina que no li agrada i que, a més, incideix en les seves pràctiques alimentàries. Es lleva de matinada, ha de preparar-se el dinar i arriba a casa massa cansada per ocupar-se de les tasques domèstiques. Tot i això, la Pilar manifesta la por que sent quan pensa a abandonar aquesta feina: està fixa i vol quedar-se embarassada. Sap que en un altre lloc corre el risc de trobar-se en una situació encara més precària i l'embaràs podria precipitar que no li renovessin el seu contracte. Així, el que podria haver començat sent una pràctica alimentària definitòria d'un espai liminal i en certa manera transgressora, s'hauria convertit en una pràctica "de risc", perpetuada en el temps una vegada ja superada l'adolescència. Aquesta situació és reveladora, representativa del sentiment de desafiliació (Castel, 1995: 36), respecte a una societat que, com recorden Martínez i Recio (CIIMU 2004: 452), és "desigual" i "limita l'accés a drets com el treball i l'habitatge", o bé provoca "situacions familiars que generen sensacions de solitud i dificultat de comunicació entre els seus membres".

La Clara mostra la tensió produïda pels canvis d'habitatge —de casa dels pares a la residència estudiantil—, de ciutat i d'estudis —l'entrada a la universitat. A aquesta tensió, cal afegir-hi el seguiment d'unes pràctiques alimentàries vegetarianes que no es poden portar a terme amb normalitat per la manca d'aquest tipus de dieta al menjador comunitari: "jo, clar, carn i peix, pues jo no menjave, i la meitat de dies, acabaves menjant l'amanida que sempre podies agafar, i no sé... quatre coses que podia jo menjar...". Paral·lelament, la Clara vol estudiar una carrera i, a més, treure bones notes, alhora que compagina aquesta activitat amb sortides amb les amigues: "*Jo volia eixir molt i també destacar molt en classe*". L'ideal de dona "deu", amb capacitats per desenvolupar qualsevol tasca, sobretot en els àmbits externs a l'espai domèstic, és recurrent entre les nostres informants. Per exemple, quant a la relació de interdependència de la dona respecte a l'home, s'observa una certa ambivalència en els termes emprats per algunes de les noies. Així, la Clara recorda que la seva mare, just en el moment de separar-se, li expressa la necessitat que té la dona de ser "autònoma", una idea que recorda bé quan és a la Universitat: "No sé com va dir-ho, no?, però com que tenia que tenir una bona feina, perquè jo tenia que ser una persona independent, com que no tenia mai que dependre de ningú. I jo crec que m'ho va dir després de separar-se i jo això ho tenia molt clar...". L'Alba també busca la seva autonomia en els estudis i, sobretot, la valoració social que suposa treure unes bones notes, tot i que paral·lelament expressa una dependència respecte de la figura masculina: "Jo sempre buscava el príncep blau, a veure si apareixia l'home que vingués en el seu cavall i em rescatés, i que tot fos meravellós, i no hi haguessin problemes...". Cal afegir que aquesta dona posa en pràctica una curiosa sinergia entre ser valorada intel·lectualment i gaudir d'un model de cos dominant. Així, quan l'Alba va a buscar les (bones) notes, aprofita per vestir-se ajustada i mostrar el seu cos: "L'aprimar-me em donava falsa seguretat, i el treure bones notes... Treia bones notes i m'aprimava. Me'n recordo que el dia que anava a buscar les notes m'arreglava. El dia que em donaven les notes, doncs igual em posava aquells pantalons ajustats que no em posava mai, ajustada, i llavors em sentia com important...".

L'Ana pensa que la dona forma part d'un grup social "feble" en relació amb l'home, i diu que ho ha experimentat a partir del model familiar viscut a casa. Afirmar que és en l'àmbit intel·lectual on sent que pot controlar la situació, ja que és precisament en aquest terreny on queda clara la seva superioritat respecte a l'home.

*I. Yo lo que veía es que a mí, tenía muy claro, o veía a la mujer como el sexo débil, sí... sí... Yo veía a la mujer como el sexo débil... y yo veía que la mujer estaba condenada a ser el sexo débil y consideraba que era una putada [ho subratlla], haber nacido mujer... sí...*

*E. Sexo débil, ¿por qué?*

*I. ...por inferioridad de condiciones...*

*E. ...inferioridad de condiciones...*

*I. ...y, evidentemente, los años setenta, en España, la mujer todavía estaba en inferioridad de condiciones...*

*E. ¿Y qué ejemplos cercanos tenías que te pudieran dar esta información?*

*I. Mi madre... mi madre... mi madre hizo bachillerato y se limitaba a ser ama de casa, ayudar a mi padre en la consulta... No había que irse mucho más lejos... ya está... sí... [Silenci] Entonces yo consideraba que era una putada haber nacido mujer... sí [Ràbia] O sea... yo había nacido en desventaja...*

Per contra, la Pilar comença a menjar menys per cridar l'atenció d'un home que no li fa cas, tot i que també vol estar prima per aproximar-se al model femení dominant. Per a ella, estar prima suposa controlar i sentir-se segura, davant d'altres dones que veu com a "rivals", ja que, segons ella, la seva parella li fa el salt amb dones "més primes" que ella.

*Me hizo sentir inferior, me hizo sentir que no valía nada, que era nula... entonces, pues dije: "Bueno, soy bajita, soy fea, soy gordita, vale, pues, ¿con qué puedo jugar? Pues con mi tipo. Pues nada, tengo que seguir adelgazando y nada, pues demostrarle que voy a tener un tipo precioso", y bueno, es mi arma... [...] Las chicas con las que se iba, todas tenían un tipo bonito, y entonces, todas eran altas, y con la altura no podía jugar, pero sí que podía jugar con el tipo...*

Fins ara hem vist alguns dels trets característics de la nostra societat i la seva relació en l'aparició de problemes amb l'alimentació entre els joves: estructures i dinàmiques familiars fràgils i canviant, competitivitat i precarietat laboral, mobilitat i posició social desigual de la dona respecte l'home. De seguida ens aturarem en dos factors més, no només relacionats entre si, sinó també amb els que acabem d'esmentar. Ens referim a l'abundància alimentària i als usos del temps.

La incidència d'aquests dos factors en les maneres de menjar ha estat treballada en l'últim estudi de l'Observatori de l'Alimentació (Contreras i Gracia 2006: 42-44). S'observa que la proliferació de productes alimentaris en el mercat pot generar una compra o un consum indiscriminat, sigui perquè l'envàs sedueix, per la possibilitat de tastar i/o escollir entre la gran varietat de gustos oferts, perquè una determinada marca s'associa a prestigi o bé per la promesa continguda en el producte —per exemple, d'"obtenir salut". La industrialització alimentària i la societat capitalista de consum han fet possible trobar "de tot" en el mercat i d'una manera sostinguda. L'accés al menjar, tot i que persisteixen les diferències en funció de classe social, s'ha generalitzat. Els nens i joves s'han socialitzat en un context d'abundància alimentària i d'extraordinària accessibilitat. Es pot menjar a qualsevol hora, qualsevol cosa i en qualsevol lloc. Si això és factible entre els adults, encara ho és més entre els adolescents i joves. Hem pogut comprovar que ells mengen amb més freqüència i no només als àpats habituals, sinó també quan estan "avorrits o nerviosos, perquè ajuda a passar l'estona". Per exemple, l'Ana afirma que no hi ha res més fàcil que menjar a tothora:

*Sí, la comida es una cosa que está a mano, que se vende en cualquier supermercado [...] Me acuerdo que [cuando los atracones] era la época que abrían los veinticuatro horas, antes de que protestaran los pequeños comercios y tal... los 7eleven, los veinticuatro horas, era genial...*

Si aquesta jove manté la pràctica del vòmit és, entre altres motius, perquè descobreix que "esto es fantástico, no sólo me he quitado diez kilos sino que he descubierto algo fantástico, y era la manera de comer todo lo que yo quisiera... porque tengo que decir algo: a mí siempre me han apasionado los dulces. Yo tenía fama en mi familia por lo golosa que era... a mí, lo salado, mira... me gustaba la cocina de mi madre, que cocinaba muy bien... Ahora, donde estuviera un bocadillo de nocilla, donde estuviera el chocolate, donde estuviera el pastel... el chocolate para mí era... [...] Yo me moría por los dulces, y yo siempre lo he dicho: yo me alimentaría de dulces... [...] Para mí, ¿la felicidad? Los dulces. Entonces yo dije: "Tate, esto es maravilloso", dije, "he descubierto la maravilla de las maravillas", entonces ya no era "voy a vomitar para quitarme esos kilos de más", no, dije: "Perfecto, voy a permitirme todos los caprichos, voy a comer lo que me dé la gana y luego lo voy a vomitar y no voy a engordar"

En altres casos, consumir aliments pot ser conseqüència d'un sentiment d'avorriment, d'apatia o d'irritació. Si bé una de les funcions socioculturals del menjar pot ser la d'afavorir una relació social fluida i plaent —seria el cas dels àpats festius—, el que trobem en els TCA és un trencament d'aquesta funció perquè es depassa el control social que opera habitualment. Així, igual que passa en altres tipus de consums, com el de l'alcohol, la funció social sembla pervertir-se, sobrepasant els límits consensuats i permesos socialment. Entre els joves, aquesta manca de control es manifesta, per exemple, en casos d'una solitud no buscada i/o en la manca de recursos per gestionar el seu temps.

*Te ponías delante de la tele con la bolsa de pipas, lo típico en verano, que te atipas a pipas, cacahuètes, frutos secos, chuches, ¿qué haces?, pues dar una vuelta por el pueblo y comer chuches, frutos secos, una bolsa de ganchitos... (Ana)*

Quan només tenia dotze o tretze anys sí que me'n recordo, quan estava avorrida, allò que menjava pipes o palometes mirant la tele. Però més bé per avorriment, per no saber què fer... (Clara)

Jo crec que el sentiment que tenia era d'avorriment, perquè em costava relacionar-me amb la gent, llavors em quedava a casa i mirava la tele, i m'avorria, i em posava a menjar.

Me'n recordo de petita, quan estava a casa dels avis, t'avorries, i què pots fer? Bueno, agafava menjar i menjava...  
(Alba)

Les dones expressen més malestars en relació amb la seva salut que els homes. Si relacionem aquestes expressions amb factors socials, veiem que tenen molt a veure amb alguns dels aspectes esmentats. Com recorden Martínez i Recio (CIIMU 2004: 444), "la prevalença de depressió i trastorns d'ansietat al llarg de la vida entre la població catalana és de 14,5% i 11% respectivament", mentre que les raons explicatives d'aquests malestars les trobaríem en "l'augment de cobertura sanitària", tot i que "cal remarcar els factors socials que estarien incidint en l'augment d'aquests malestars: precarització laboral, atur, cultura del consum, pèrdua de xarxa social, pobresa, marginació, sensació de solitud o adaptació a un ritme de vida més mòbil i complex com a conseqüència d'una economia i una societat cada cop més globalitzades". Recordem que són les dones qui pateixen més malalties mentals (Martínez i Recio, CIIMU, 2004; Rohlf, 2003).<sup>33</sup> Algunes de les raons de la percepció desigual de la pròpia salut tindrien a veure, precisament, amb els usos del temps característics de la nostra societat i les desigualtats en aquests usos per raó de gènere. D'acord amb Martínez i Recio (CIIMU 2004: 423), "les noies entre els 15-19 anys valoren pitjor el seu estat de salut en comparació amb els nois. Això pot estar vinculat al fet que les noies, en fer-se grans, van adquirint uns hàbits de vida (tasques a la llar, preocupació per la cura dels altres, insatisfaccions amb el propi cos) clarament marcats pel gènere i que poden influir de manera important sobre la seva percepció de salut".

### 5.1.3 Importància de la dieta i/o de la primor? La construcció del gènere a través del menjar

Veiem, doncs, que determinades característiques associades a la posició social de les dones influeixen en les seves pràctiques alimentàries, sense que el desig d'estar prima sigui necessàriament el més determinant per establir relacions tenses o, al contrari, resolutives. Tanmateix, no hem d'oblidar que hi ha un col·lectiu nombros de dones que mostren una gran preocupació per estar primes: Aquest factor pot ser el desencadenant del problema i, afavoreix una trajectòria en la qual el cos es converteix en el punt de referència —respecte al "jo" i també respecte als "altres". Hi ha una materialització de les característiques de la nostra societat a través del cos: la seva individualització i instrumentalització sota paràmetres biomèdics (Le Breton, 2003). Així, si en altres contextos<sup>34</sup> el cos individualitzat no existeix com a representació ni tampoc genera cap tipus de pràctica, a la nostra societat suposa una eina per a l'existència i la construcció d'un projecte de vida. Per tant, la no-correspondència entre cos ideal i cos real pot determinar l'ús d'un dels mecanismes modificadors, com és el control dels aliments.

La Victoria i la Cecilia són dues dones diagnosticades de bulímia. Per a elles, l'ideal de cos es correspon amb un model de primor gairebé absoluta: "*Me gusta el cuerpo de niña, recto, en línea delgada [...]. A mí me gusta el hecho de tocar hueso, el tacto del hueso... no de la carne...*" (Victoria). Aquest model d'un cos prim i uniforme —que no es té— fa que, en alguns casos, la interacció amb els altres sigui conflictiva o s'eviti.

*No tenía relaciones ni amistosas, ni de pareja... lo que hacía una chica de mi edad no lo hacía yo... parecía que no encajaba.*

*La sociedad mira mucho por el físico, creo yo, y te juzgan por el físico, y si eres delgada, pues mejor, ya tienes algo ganado. Esto es lo que observo, no sé si es verdad o no, pero yo lo pienso, tienes que estar delgada para gustar...*

*La gente ya vas por la calle y te miran, yo creo que ya te miran diferente... Yo creo que la gente te mira mucho por el físico, llegas a un sitio y cuando entras a un sitio o sobre todo cuando eres joven, cuando vas sólo a lo estético cuando vas a bares, discotecas, sitios de éstos, si eres guapa, si eres alta, si eres delgada, es difícil que te miren si no eres guapa, ni delgada, ni bien... (Cecilia).*

33 Tot i que els mateixos estudis ja adverteixen de la necessitat de tenir en compte que la dona, a diferència de l'home, pot estar socialitzada en l'expressió del malestar en un llenguatge més psicològic (Martínez i Recio, CIIMU, 2004: 448; Rohlf, 2003: 184), o bé que tingui més tendència a buscar ajuda mèdica davant del malestar psicològic (Rohlf, 2003: 184).

34 Com els passa a la societat melanèsia dels canaques, descrita per Leenhardt (Le Breton, 2003: 17, cit. a Leenhardt, 1947). En aquest cas, l'ésser humà "participa totalment de la natura", a diferència de la concepció occidental, que representa el cos com "una matèria isolada del món".



En d'altres casos, la medicalització de la dieta és tan sistemàtica que, en els intents per modelar el seu cos segons l'ideal perseguit, converteixen els aliments en simples dipositaris de nutrients i calories. A partir d'aquí, elles esdevenen veritables "calculadores". Es tracta de saber quins aliments són menys calòrics i aporten menys greixos i sucres; quins són "bons" o "dolents" per menjar.

Jo tinc una fulla, per exemple, del que a mi m'agrada, no? El gall dindi, aquesta no sé quina casa és, saps la barra de filetes, aquestes barretes que venen així de pollofrío... A mi m'agradaven aquestes barretes, saps? Pues jo em retallo, per cent grams jo sé que són 80 calories, els quesitos sé que són tantes calories... Ho faig retallant lo del darrere, dels meus aliments preferits em vaig fer jo una taula de calories, jo era la típica que anava a comprar i em mirava les calories... (D, 29)

*Los alimentos preferidos son los que llevan pocas calorías, por ejemplo, las ensaladas, yogures, y la pasta, pero a secas... sólo pasta... y si hay macarrones, sólo macarrones, sin ninguna salsa ni nada... Y rechazo los dulces... para mí son prohibidos los dulces, las salsas... El pollo, a la plancha, a mí dame todo a la plancha, no con salsa... [...] Dulce, helado, todo eso tampoco, no lo puedo comer, yo siento que no lo puedo comer...* (D, 28)

Aquesta relació resignifica els aliments i redueix els àpats a espais, purament operatius, deslligats del seu context sociocultural.

*I. Yo era de disfrutar la comida, pero...*

*E. "Eras"...*

*I. Sí, pero... sí, disfrutaba de la comida, pero ya no, ya no disfruto de la comida...*

*E. ¿Y algún recuerdo de disfrutar la comida?*

*I. [Pensa] En alguna boda, en alguna boda, o en alguna ocasión en mi casa, en alguna fiesta... sí, en alguna Navidad o así...* (D, 34)

*Huevos, me acuerdo que [mi madre] hacía mucho... ¿Sabes los huevos rellenos? Huevo duro y se rellena también con la yema, con atún y se junta todo así con mayonesa, pues huevos rellenos, eso de niñas nos gustaba mucho tomarlo, eso nos sentaba muy bien, los huevos rellenos aquellos; macarrón, que eso a los niños siempre sienta muy bien, pues algún día había macarrón con carne picada, pues también... [...] Yo las comidas de mi madre yo lo decía: "Mi madre es la mejor cocinera del mundo", tortilla de patatas, como la de mi madre, ¡ninguna!, claro... [...] La comida de mi madre era muy rica, me gustaba mucho: "Mamá, qué rico" [Somriu] [...] Disfrutaba, muy rico y muy bien, de pequeña muy bien... sí, muy bien...*

*Cuando comes ya no eres consciente de lo que comes, a mí me da igual, yo en algún sitio he leído que es el ejemplo más claro del mal gusto, que da igual lo que te metas por la boca, dulce o salado, lo que pilles, o sea, ya te da igual, es lo que haya, es como el bocadillo de chorizo y nocilla, ¿no?, es que ya da igual, lo que tengas, lo que haya a mano, las mezclas, lo que sea, la cosa es ingerir, ingerir, ingerir como para calmar la ansiedad y cuando estás ya a reventar es cuando vomitas...* (D, 34)

Tanmateix, aquest fet pot generar sentiments d'ambivalència, si més no, de tensió entre l'espai —social— perdut i la nova relació amb l'alimentació i el cos.

*La playa... ¡horror! La playa me da horror, comprarme ropa, tampoco, me da vergüenza por mi cuerpo... No voy a la playa, es que me da vergüenza, me da pánico... incluso me da pánico ponerme un bañador, no me gusta... y la ropa no me gusta porque creo que no me queda nada bien... Ahora me empieza a gustar un poco, pero no disfruto comprando ropa, compro poco...*

*Comer normal es comer como come la gente sin pensar... no sé... Yo creo que para mí sería, pues llega la hora de comer, pues comer: primer plato, segundo y el postre, y ya está, y no pensar... Yo siempre pienso: "¿Esto engordará mucho o no?", "¿Tiene muchas calorías?", "¿Me he pasado con el pan o no me he pasado con el pan?", "¿Como postre o ya no como postre?", "Si como una fruta, ya no como ningún yogurt porque ya he comido demasiado", siempre pensando esto...* (D, 28).

Tal com hem apuntat, si aquest cos individualitzat és l'eina per presentar-se davant l'altre i interactuar amb ell, òbviament assolir o acostar-se a l'ideal és valorat positivament.

*A ver, yo lo que veo es que si eres delgada todo te sienta mejor, la ropa te sienta mejor, te sientes más femenina y te sientes mejor, y como mujer... pues eso, femenina...* (D, 28)

*Ahora, con mi cuerpo, con mi delgadez y demás, yo puedo mirar por encima del hombro, me da seguridad, que es una seguridad falsa, yo lo sé, pero es una seguridad para mí* (D, 34)

Encara que totes les estadístiques sobre insatisfacció corporal indiquen que els homes, respecte de les dones, tenen una percepció més positiva del propi cos, es confirma entre els joves un augment de la preocupació per adequar-se als models corporals masculins, així com un increment de l'activitat física i de certs tipus de dieta per "estar en forma". No obstant això, els discursos socials i històrics sobre gènere o les experiències sobre els dejunis o els afartaments en les entrevistes clíniques han situat els homes com a candidats improbables de ser diagnosticats de TCA. Sovint es parla de l'anorèxia masculina com a més severa i habitualment s'associa a altres malalties mentals, com ara la depressió. Ara bé, encara que els TCA s'han constituït com a malalties "femenines" per la seva major prevalència entre dones, les dades epidemiològiques reconeixen que entre el 10 i el 15% dels casos diagnosticats afecten els joves. Ens ha interessat, doncs, conèixer les similituds o divergències en la causeïtat, així com les experiències viscudes per nois afectats.

Hem trobat pocs casos d'homes diagnosticats de TCA. N'hem entrevistat sis i n'hem localitzat dos més. Els terapeutes, educadors, grups de mares, han esmentat tres o quatre casos més. Tots són de l'àrea metropolitana de Barcelona, de poblacions de dimensions mitjanes de comarques properes i de poblacions més petites i més allunyades. Hi ha nois de 15-16 anys que en fa dos o tres que estan en tractament, de manera que van ser diagnosticats sent gairebé preadolescents, i nois de 24-26 anys amb un diagnòstic menys precoç. Les famílies són: extenses, nuclears i monoparentals... La majoria tenen germans i germanes de diferents edats que els han acompanyat i, en ocasions, han patit —segons expliquen els afectats—, la malaltia des del començament. Tots han fet estudis de secundària, batxillerat o cicles formatius. Alguns treballen i altres tenen feines esporàdiques en períodes de vacances. Hi ha casos d'anorèxia i bulímia nerviosa i menjadors compulsius. Els professionals manifesten que solen tenir associat algun tipus de trastorn psicològic o psiquiàtric. Segons les fonts consultades, hi ha similituds clares entre gèneres (Fernández *et al.*, 2004). Gairebé tots els nois expliquen les seves experiències vinculant-les al sobrepès i l'obesitat. Se sentien avergonyits quan els companys se'n burlaven i els insultaven pel seu pes. "*Sí, sí. Mira, a ver, yo... Cuando era pequeño, a los 3 años o así mis padres se divorciaron y yo me quedé con mi madre y bueno nada, de pequeño pues si tenía 4 años o 5 años o así... me acuerdo que a los 6, no, a los 8 años estaba más o menos gordito, ¿no? Y bueno, lo típico, en el cole me llamaban gordo, no sé qué, ¿sabes? Y bueno, mira, coges complejo, ¿no? Y vas creciendo y te lo continúan llamando. Y te preocupa y después empiezas a pensar. Y bueno... yo tenía 7 años y mi padre conoció a una chica y se casaron y muy bonito... y en el colegio continuaban insultándome y yo me lo tomaba demasiado en serio. Y con la mujer de mi padre, al principio muy bien pero luego tuvieron un hijo y cambiaron las cosas. Empecé a tener problemas con ella y volvía a casa de mi madre llorando y se lo explicaba y mi madre se enfadaba. Y a los 15 yo... yo hago deporte, ¿vale? Al principio hacía judo, natación... he hecho básquet, fútbol y tenis. Y me decidí por el tenis y ahora hará 3 años, sí, iba a empezar cuarto de ESO, que en verano, que es cuando más se entrena, empecé a estilizarme, a adelgazar y tal... y las chicas me empezaban a decir: "¡Ey! ¡Qué guapo!" y yo pensaba serán tonterías, pero empezaba a ir al cole y empezaba a obsesionarme y que si me quedaba allí quieto no me adelgazaría y que de nuevo me insultarían otra vez. Y te llaman gordo por cualquier cosa y claro..." (H, 17).*

Per al Ramon, dir-li gras és el pitjor insult. També segueix pràctiques comunes respecte a les dones: fa exercici per cremar calories: "*Empecé a adelgazarme y cogí miedo y empecé a inventar... pues a partir del tenis hacía tres, dos horitas, tres horitas... Iba al gimnasio por mi cuenta y pues... a quemar, hacer ejercicio. Después comencé a subir sin el ascensor, yo vivo en un quinto y subiendo por las escaleras en lugar del ascensor y poco a poco, cada vez más. Cosa que hacía pues lo tenía que hacer ya cada día. Y al principio pensaba: "Serán cosas de la edad, ya se me pasará". Y cada vez veía que iba a más y no podía controlar y que con la comida era a restringir, ¿no?... Y me acuerdo que cuando me levantaba de la cama y cuando ponía la mesa, pues la ponía cubierto a cubierto, por el pasillo corriendo, o ir tarde a la escuela para ir corriendo cada día. Para llegar... y sudar, todo pensando en eso y... pues antes de entrar en la ducha, pues hacer unos cuantos ejercicios, después de la ducha también, y para lavarme los dientes también... iba a la ducha, cogía el cepillo, volvía a coger la pasta, volvía a poner, volvía, la dejaba, después empezaba a limpiarme los dientes mientras andaba ¿sabes?" (H, 17).*

És molt més il·lustrativa la descripció de l'activitat física d'un noi, en Carlos, que s'autodenomina anorèctic. És l'únic que participa en fòrums oberts d'Internet. Com es pot observar, el llenguatge, els gustos o les necessitats són semblants als de les noies, amb l'èmfasi en l'exercici i no en la dieta. Les eines per aconseguir el pes que desitja, la ràbia sobre els obesos, el menyspreu inicial cap als terapeutes, la moda i la roba, la classificació de la seva malaltia com a "*anorexia hermosa*" apareixen en tots dos gèneres.

ESCOLA: *No hay concentración, ando muy mal en todas las áreas, no hay concentración...*

GIMNÀS: *Pilas, ah, full, todos los... días no he dejado de ir; me está yendo bastante bien con ese tema, ahora practico dos actividades... los aparatos, que los he comenzado desde enero de este año y ahora estos dos últimos meses con body combat, no sé si han oído hablar de esa gimnasia aeróbica muy famosa...!!! y es nuevísima... :-)* Y según dicen que se quemarían 700 kilocalorías por clase... y si te esfuerzas más puedes llegar a consumir en una clase unas 1000 kilocalorías... genial... Es agotador y divertido, ¡¡¡sudas mucho!!! Se pierde muchísima agua!!! Y a la vez aprendes a pegarle, jajaja, a algún obeso, jajaja, que esté comiendo... :-P ¡¡Jajaja!! Hago tres horas diarias de gym y después en mi casa una hora de bici o dos, depende de lo que haya comido, y una hora de abdominales... (ERES QUIEN ERES POR TU CUERPO).

SALUT PSICOLÒGICA I CORPORAL: *He tenido una entrevista con una psicóloga, pero siempre me peleo con ellos, y también otra visita al centro, pero no da resultado alguno... Ahora estoy sin psicólogo, jejeje... ¡¡Soy libre!!*

*Y bueno, me han internado unos tres días por problemas digestivos... El hígado, mi mugroso hígado... y me han encontrado cálculos biliares en la vesícula, jejeje, una futura endoscopia a la cual no pienso acudir nunca por el suero: ¡¡¡el suero engorda mucho!!! Si me muero, me muero... cosa que no quiero... pero bueno, ¡¡veremos qué haré!*

*Un logro: ya no me corto más los brazos ni piernas, desde marzo que no lo hago...*

ROBA: *He logrado mi meta: la ropa más chica para hombre entro en ella... y he pasado a la sección niños al comprar una talla 12, jejeje, y un pantalón de la 16, jejeje... y de jean estoy en un 26, es genial... todo simplemente me queda grande... pero me sigo viendo gordo...*

SORTIDES: *He salido con mis amigos, mi chico... y todos me dicen: "Cada vez estas más delgado", "Pareces un enfermo de HIV", pero bueno, es la envidia... Ya no me siento menos cuando salgo... ¡¡Onda me río de la gente que está excedida!!! ¡¡¡Jajaja!!! Me da bronca verlos comer normal y yo... simplemente no puedo, como y me siento mal, deprimido y sin ánimos... 'La comida es vida', así dicen; bueno, para algunos será así, para mí no lo es'.*

PES (kg): *Peso inicial... 115 kg. Eso hará tres años, que una dieta me llevó a una anorexia hermosa... jaja, no sé si hermosa pero ha cambiado mi vida, dio un giro de 180° en tres meses... bajé unos 30 kg... y así seguí hasta el día de la fecha que hoy mi peso actual son 58 kg... Costó, pero el sufrimiento vale la pena... Aún falta: 1,75 y 58 kg, estoy gordo, todavía me falta. Ahora alcanzar mi tercera meta: los 48 kg. Lo lograré... 1,75 y 48 kg, hermoso... Para mí.. (Informant masculí del fòrum MIA. S'ha deixat el format original amb les incorreccions gramaticales perquè, al costat del contingut, també és rellevant la forma del llenguatge utilitzat en aquest tipus de fòrums.)*

Si l'origen de la malaltia sembla circumscriure's a l'etapa escolar, com passa amb les noies, la detecció també apareix en l'àmbit familiar més proper. En la majoria dels casos són els pares —normalment la mare— qui detecten el problema i fan les primeres passes per trobar ajuda externa. L'escola dóna suport a aquestes iniciatives, mitjançant la intervenció del psicòleg o tutora.

*Yo quería llegar a los 76 quilos, yo tenía este número y veía que semana a semana iba bajando espectacularmente y me sentía mejor, muy, muy bien, me sentía bien de carácter y pensé: "Bueno, ahora lo he conseguido, ahora a mantenerse aquí, come normal e intenta hacer las cosas bien". El primer día después de esto comí una galleta y fui incapaz de soportarlo... Yo era consciente que debía volver a hacer las cosas bien, lo intentaba pero me sentía muy mal, no notaba la sensación de vacío que tanto me había acostumbrado a sentir y cualquier cosa pequeña me hacía sentir bastante mal, y por arte de magia, no sé ni como salió, empecé a intentar vomitarlo... Lo aprendí yo, hace unos ocho años [en té 27 i està donat d'alta des d'en fa dos], no había oído hablar de la bulimia y la anorexia, quizá sí pero como un tópico de las modelos y... pero muy lejano, fue mi primer recurso para hacer ver que comía y echarlo a la vez... Cada vez dejé de poder soportar el no comer, empecé a comer más, empecé a abusar de vomitar, se me hizo cada vez más fácil hacerlo, después ya no me ponía ni los dedos, era... pero aquello ya no me hacía sentir bien, llegó un punto que mi límite bajaba, que vomitaba cada día más, que no me sentía bien pero no era muy consciente... Me di cuenta quizá un año más tarde cuando estuve en tratamiento del mal que había estado haciendo, sobre todo en mi casa, que era donde yo había descargado mi ira, mi frustración, mi descontrol y también, sobre todo, con mi madre, que era quien lo pagaba más... Ellos se habían dado cuenta que yo lo hacía, que yo vomitaba al principio porque yo me escondía en el baño, y como al principio me costaba ellos se dieron cuenta... Es extraño, pero la gente de mi alrededor casi no se dieron cuenta de mi cambio físico, estaba muy delgado, muy delgado, me pesaba constantemente y mis padres sí que se dieron cuenta. (H, 26)*

La majoria dels nois han referit problemes de tipus relacional. Són tímids i no es comuniquen fàcilment. Encara ho fan menys amb les noies. Tots manifesten haver mantingut relacions de parella que han fracassat abans i durant la seva malaltia. L'únic informant amb parella estable —de més de quatre anys— va ser donat d'alta. D'altra banda, encara que als centres no veuen bé que apareguin vincles afectius entre els pacients són bastant inevitables entre adolescents i joves que comparteixen problemes, espais i temps.

*A ver, no es malo, lo que pasa es que se crean conflictos en un mismo grupo, ¡hombre! Quizá no conflictos pero una pareja nunca va al 100% bien, y si se termina entonces es una persona con la que debes convivir, debes explicar tus problemas de pareja con ella delante y entonces se provocan muchos problemas y cuando... claro, yo... no sé con*



*cuantas chicas salí de allí, pero a mí me trajo quebraderos de cabeza importantes... porque había salido con una y entonces estaba hablando de aquella, de otra después de haber cortado con aquella [riu], y claro, hay grupos, es normal, y las chicas son muy chismosas para decirlo de alguna forma y no sé... A ver, no me hizo ningún daño pero seguí en mi línea, me ayudó a ver el... no sé... que aquí tenía un problema, es algo... la estabilidad y bueno... A mí, a parte de relacionarme, el relacionarme con las chicas es una de las cosas que más me ha costado.* (H, 26)

Vam preguntar pels episodis significatius de la seva vida i van esmentar l'inici de la malaltia com el moment més dolorós. Altres moments durs coincideixen amb els de la resta de joves: defuncions d'éssers estimats, separacions dels pares, trencament de parella... Refereixen positivament els èxits esportius o d'estudis, les celebracions familiars, o els viatges. Possibles diferències amb les noies són les activitats de lleure, el gust pels esports i el fet que n'han practicat d'una manera continuada, tot i que les diferències minven amb el desenvolupament de la malaltia.

Per últim, tots han esmentat que existeixen fortes pressions socials per fer-los consumir tot tipus de productes i desitjar tenir un cos determinat, entenent que els mitjans de comunicació social i, en particular, la publicitat hi contribueixen activament: *"Quizá sí, hay aspectos que las mujeres continúan teniendo más presión social, yo considero que sí, pero que ha aumentado muchísimo sobre los chicos también y sí, sí que se nos perdona un poco más el que tengamos barriguita pero creo que se ejerce cada vez más presión y no hace falta... La TV por desgracia se muestra como el estereotipo, todo el mundo Gran Hermano y lo que sale allí son los típicos cachetas y no sé. Yo creo que influyen, al menos yo a veces siento esta presión y no sé, a veces empiezas a pensar y dices: a mí también me gustaría ser así, pero no nos dedicaremos todos a cultivar nuestro cuerpo, a mí me gustan otras cosas y haré lo posible para conseguirlas y lo que pueda pensar la gente de mi aspecto físico..."* (H, 26). *"Los medios de comunicación influyen, pero eres tú quien caes, influyen pero no es aquello de... Claro que si se encuentra con una persona, pues con baja autoestima y tal pues... no sé, tiene tantas posibilidades que creyéndose lo de adelgazarse y tal pues... es compre esto, fajas, laxantes o cosas de estas y no se, influye ¿no? Pero tú puedes poner una barrera, eres tú quien decides"* (H, 16).

Tots afirmen que, si bé la pressió continua sent molt més forta per a les dones, ells cada cop la noten i la internalitzen més. La diferència és, i en això també estan d'acord, que les dones han d'estar primes i els homes musculats. *"Sí, es que a veces ves cada uno que tira de espalda. Sí, es verdad, no solo las mujeres tienen que cuidarse más la imagen"* (H, 16). *"Sí, bueno, hace unos tres años quizá era más la mujer y mucho más... pero ahora que ha salido la moda del metrosexual y todo esto del culto al cuerpo, yo pienso que ahora cada vez más los hombres se obsesionan más por el cuerpo, que ya está pasando, ¿no? Y pienso que ahora de aquí a unos años podrá ser un problema, pero hasta ahora sí, porque anuncios y todo y quieras que no influye. ¡A quien no le gustaría tener un cuerpo como el que sale en la tele! Y la gente lo ve, lo capta y bueno, yo pienso que sí que influye y bastante"* (H, 17). *"Lo vivimos igual que ellas... al menos en mi caso no era tanto para estar delgado, era para llegar a estar fibrado o musculoso, era más hacia aquí, pero sí que es lo mismo, es coger un modelo de persona y querer ser como él cuidándote e intentando..., bueno, cuidarte, obsesionarte a estar el máximo de... Ahora se están haciendo más cosas para que los chicos se cuiden, es como si estuvieran incluyendo más en todo, y yo creo que la presión social que existe para las chicas es igual para los chicos, pero lo que pasa es que para las chicas está más reconocido que intenten hacer cosas para que sea así, y con los chicos, como no está reconocido, no hacen tanto para cortarlo. Yo creo que hay la misma presión social"* (H, 21).

## 5.2 Menjar, cos i migració

Atès l'increment de les migracions multiculturals i la presència de grups ètnics de dues o més generacions a Catalunya, ens semblava interessant esbrinar si havien detectat casos de TCA en població immigrant i, si era així, analitzar el perfil sociodemogràfic de les persones afectades i la causalitat adduïda. ¿Es relacionaven les causes amb l'assimilació dels patrons ideològics propis de les societats occidentals? ¿N'hi havia d'altres més determinants?

S'ha començat a qüestionar que els trastorns alimentaris formin part de la família de les anomenades "síndromes lligades a la cultura". En el nostre imaginari, les pràctiques alimentàries classificades per la psiquiatria com a trastorns mentals han estat —i continuen estant— associades a les societats occidentals. Però l'aparició recent en la literatura mèdica de casos en altres regions del món, en països no industrialitzats i en immigrants que s'estableixen en països occidentals, ha fet trontollar aquestes assumpcions. Durant la dècada dels setanta els primers estudis d'aquestes característiques donaven compte de casos clínics aïllats, però a partir dels noranta són cada vegada més freqüents i regulars i deixen de referir-se a casos excepcionals.

Si retrocedim en el temps, al món no occidental hi ha hagut variants dels trastorns alimentaris documentats des de fa segles. Al Japó dels segles XVII i XVIII Kagawa va descriure una malaltia anomenada *fushokubyo* o malaltia del no-menjar, que afectava fonamentalment les dones i la causa de la qual es considerava d'origen psicològic (Nogami, 1997).

D'aquí els dubtes sobre si els trastorns alimentaris estan realment lligats a la cultura. El psiquiatre i antropòleg DiNicola (1990) ha introduït el terme *síndrome de canvi cultural*, que obre les portes a un nou plantejament etiològic dels TCA. Aquests trastorns es podrien entendre com a expressions de malestar provocades per l'estrès aculturatiu de poblacions sotmeses a ràpids canvis culturals i no tant —encara que sense subestimar la seva importància— a la pressió social en favor d'un model estètic corporal prim. Fins ara es considera el factor més rellevant en l'emergència i el desenvolupament d'aquests problemes.

Els símptomes d'aquests trastorns en poblacions no occidentals (Steiger, 1993) solen ser diferents (Lee, 1993, 2001). Hi ha absència de por d'engreixar-se i d'alteració de la imatge corporal, dos dels criteris diagnòstics que recull el DSM-IV per a l'anorèxia nerviosa. Autors com Rieger *et al.* (2001) han remarcat la necessitat de reconèixer la naturalesa egosintònica de l'emaciació, és a dir, el plaer que s'experimenta en aprimar-se, però també apunten que la por d'engreixar-se és només una de les formes per les quals l'emaciació pot ser egosintònica. Això vol dir que una persona pot sentir plaer en aprimar-se sense que hi hagi cap prova que tingui por d'engreixar-se —en forma d'una preocupació per esta prima i fer dieta—. Per exemple, els sentiments de solitud, d'incomprensió, de discriminació, de rebot cap a la família o l'entorn poden ser motius de l'aprimament. Davant la necessitat de tenir uns criteris culturalment flexibles per a l'anorèxia nerviosa, Katzman i Lee (1997) prefereixen parlar de la por del "no-control" i proposen un nou model d'estudi dels TCA no centrat en l'atenció la tríada pes / dieta / i por d'engreixar-se, sinó basat en la tríada d'experiències de desconnexió / transició / opressió, freqüents en contextos de canvi tant personal com social. L'estudi dels TCA en població culturalment diversa establerta a Catalunya parteix d'aquest enfocament crític i pretén aprofundir en l'heterogeneïtat de causes en l'emergència dels trastorns alimentaris.

Hem trobat població immigrant amb TCA, encara que en la xarxa assistencial el nombre de casos registrats és baix. Tot seguit presentarem set casos d'immigrants llatinoamericanes. El reduït nombre de persones es deu a l'escassetat d'immigrants —suposem que de casos "detectats"— amb TCA a Catalunya, tant al sector sanitari públic com al privat. Algunes de les nostres informants l'hem trobada en associacions d'autoajuda. Tot i que les edats sobrepassen en alguns casos els 30 anys, vam decidir incloure-les a la mostra seleccionada perquè els seus problemes amb el menjar van començar durant la infantesa, adolescència i/o joventut; períodes en què centrem els relats de vida. A més, considerem d'una riquesa extraordinària les seves aportacions des de la distància temporal i la maduresa vital, ja que contrasten amb els relats d'adolescents i els complementen.

No hem trobat homes immigrants diagnosticats de TCA, per la qual cosa no podem incloure una anàlisi comparativa. Les nostres informants procedeixen de cinc països: l'Argentina, l'Uruguai, el Brasil, Colòmbia i el Perú. Ens referirem a elles amb noms propis inventats per preservar la seva identitat. La Bea és brasilera, té 48 anys i resideix a Catalunya des de n fa divuit. Té estudis universitaris, treballa de professora i viu amb el seu fill. Es considera una menjadora compulsiva i recorda tenir una relació problemàtica amb el menjar des de la seva infància. L'Uma és una dona de l'Uruguai de 43 anys que va immigrar fa gairebé sis anys amb el seu marit i els seus dos fills. Igual que la Bea, l'Uma ha tingut una relació ambigua amb el menjar des de l'adolescència i ha estat diagnosticada com a menjadora compulsiva. Tota la seva vida ha treballat de cuinera, tot i que va començar estudis universitaris, que no ha acabat. La Pepa és treballadora social, ve del Perú i té 39 anys. Viu aquí des de fa quatre anys, i comparteix pis amb el seu pare i la seva madrastra. Treballa en un geriàtric, tot i que la seva ocupació no correspon a la seva titulació. Va ser diagnosticada d'anorèxia nerviosa fa uns anys, però actualment els seus problemes amb el menjar s'han acabat. L'Ana té 29 anys i va arribar de l'Argentina fa dos anys i mig. Va començar els estudis universitaris al seu país, però no els va acabar i li agradaria reprendre'ls. Treballa d'encarregada en un comerç i viu sola. L'Ana té dificultats per posar-se límits en el menjar i ha estat diagnosticada de bulímia nerviosa. L'Analia, de 27 anys, també és argentina i viu a Catalunya des de fa quatre anys. Comparteix casa amb una amiga i compagina dues feines, la d'operadora de telefonia i la de dependenta. L'han diagnosticat de bulímia nerviosa. La Clara i la Paula comparteixen situacions similars. Tenen 17 i 16 anys respectivament, cursen quart d'ESO i van arribar a Barcelona quan tenien 13 anys, des de Colòmbia i el Perú respectivament. La Clara viu a casa amb els seus pares i la seva germana gran. El seu pare treballa en la construcció i la seva mare al servei domèstic. Els pares de la Paula es van separar després d'emigrar i ara viu a casa amb la seva mare —que treballa d'auxiliar de geriatria—, el seu germà i la seva tia. Totes dues han estat diagnosticades d'anorèxia nerviosa.

Les raons que van motivar la migració d'aquestes dones són diferents, com els seus perfils deixen entreveure. Mentre que l'arribada de les adolescents està motivada per la reagrupació familiar, en l'Uma i la Pepa prevalen motius econòmics. En canvi, la Bea, l'Ana i l'Analia emigren per inquietuds personals i professionals. Les diferències en edat, classe social, professió, temps d'estada a Catalunya, estructura familiar, raons i condicions de la migració, proporcionen a cadascuna una història personal singular que volem remarcar per trencar la visió homogeneïtzadora de les persones immigrants en molts estudis biomèdics i socials. L'únic punt en comú que les uneix és que la migració ha suposat un canvi en l'entorn de cadascuna en termes d'identitat ètnica i valors culturals mitjançant el procés d'aculturació, a més de les pressions derivades de les condicions socioeconòmiques, desfavorables en la majoria de casos. Cada persona s'enfronta a aquests canvis amb diferents recursos i experimenten diferents graus d'estrès i/o adaptació. D'altra banda, tot i que el model mèdic ha tendit a homogeneïtzar les característiques de les pacients amb TCA —noies blanques, adolescents, de classes afavorides i obsessionades per arribar a un determinat patró de bellesa corporal—, aquesta mostra ens permet sortir d'aquest perfil i observar casos menys comuns o més aviat diferents.

Fins fa tot just una dècada, els estudis sobre salut mental de poblacions migrants s'havien centrat en les experiències prèvies al viatge per buscar les causes de la malaltia, que s'atribuïa principalment a experiències traumàtiques produïdes en el passat, quan encara vivien als seus països d'origen. Això probablement té a veure amb el fet que aquests estudis treballaven amb poblacions de refugiats que es veïen obligats a abandonar el seu país per por de ser perseguits per raons de raça, religió, nacionalitat o opinions polítiques. En molts d'aquests casos havien rebut tortures. Investigacions més recents han modificat la seva atenció cap a l'impacte de les experiències posteriors al viatge, les que tenen lloc en el nou país d'arribada. Silove *et al.* (2000) apunten que l'estrès viscut després del viatge s'afegeix a aquest efecte d'un trauma previ —en cas que n'hi hagi hagut— i augmenta el risc de tenir símptomes psiquiàtrics.

En els TCA la tendència ha estat a la inversa. S'ha centrat l'interès en el context del país receptor perquè aquests patiments estan conceptualitzats com a síndromes lligades a la cultura d'aquests països. Nosaltres hem tingut en compte tant les experiències prèvies com les posteriors al viatge —si bé la gran majoria d'estudis transculturals sobre TCA han omès el context anterior a la migració—, ja que és la conjunció de totes dues el que definirà l'impacte de l'estrès aculturatiu.

### **Motius per marxar: diferents raons, diferents migracions**

Les raons que han portat aquestes dones a viure a Catalunya són una combinació de circumstàncies econòmiques, polítiques, personals i familiars, si bé en cada cas prevalen uns motius per damunt dels altres. En qualsevol cas, la separació de tota o d'una part de la família o dels referents és una de les condicions que acompanyen la migració. Ens sembla rellevant parar atenció sobre aquest fet, ja que alguns corrents teòrics, com l'enfocament sistèmic, han considerat l'estructura de la unitat familiar i les relacions establertes entre els seus membres un factor fonamental en l'aparició de la malaltia (Bruch, 1978; Minuchin, 1978). Per a les nostres informants la migració ha implicat canvis en les seves relacions familiars prèvies i, fins i tot, ha arribat a convertir-se en font o en el detonant de conflictes intrafamiliars. Les relacions familiars conflictives estan presents en totes les històries de vida. En alguns casos aquests conflictes apareixen a partir de les difícils situacions que es viuen després de la separació familiar amb motiu de la migració, mentre que en d'altres es busca la separació d'una manera deliberada, com a mitjà per evitar uns conflictes ja existents —o, almenys, distanciar-se'n.

Les situacions que criden més l'atenció entre els investigadors són les separacions pares-fills menors provocades pels processos migratoris. En aquests casos els professionals entenen els trastorns alimentaris com "trastorns del vincle", que es caracteritzen per les alteracions en les relacions socials i solen estar associats a experiències de desatenció de les necessitats emocionals del nen. No obstant això, la falta de control sobre les seves vides i la falta de participació en la presa de decisions sobre aquest projecte vital també ens semblen centrals. Per exemple, entre les adolescents entrevistades, la decisió d'allunyar-se del seu país i canviar de vida va ser pres pels seus pares sense consultar-les ni informar-les de tots els canvis que comportaria en les seves vides. Les noies l'experimenten com una situació d'engany i d'abandó.

La Paula s'ha sentit exclosa de la seva família. Els seus pares van emigrar quan tenia 2 anys emportant-se el seu germà petit, mentre que a ella la van deixar vivint amb la seva àvia i els seus oncles. Va estar separada dels seus pares onze anys, durant els quals la Paula només va veure la seva mare una vegada per raons de salut. Li van prometre portar-la a Catalunya aviat, però això no va passar fins que va fer els tretze anys: "Lo

que sí me he sentido es abandonada por mi familia, a mí me parece que el problema no es el venir aquí, es el que no he tenido a la familia que yo quería”. Els sentiments d'exclusió s'agregen quan a la seva arribada li comuniquen que “se habían separado hacia muchísimo tiempo y a mí no me habían dicho nada pues para no hacerme daño [...]”. Bueno, es su opinión, la mía no, pero bueno”. Els seus sentiments d'exclusió, de solitud, de desconexió, deriven de l'allunyament que li ha imposat la família, una distància geogràfica que va acompanyada d'una distància emocional: “Mis padres me obligan a no fiarme de ellos, no es que yo no me fie”.

La Clara passa per una experiència semblant. La seva mare emigra quan ella té 10 anys i es queda a casa vivint amb el seu pare. Encara que ara entén que és una història molt comuna entre les famílies que emigren, explica que “entonces decidimos, bueno decidieron, que mi mamá se iba venir y que iba a ahorrar y que iba a estar un tiempo y que luego se iba a volver, y que iba a estar enviando dinero y yo me tragaba el cuento de que ella iba a volver y todo, entonces, bueno, mi papá dijo que se quería venir y arreglaron el viaje y obviamente yo me tenía que venir con él, porque no me podía quedar ahí perdida”. Van passar tres anys abans de retrobar-se, i durant aquest temps intentà establir una relació més estreta amb el seu pare, però es frustrà en descobrir que “muchos días no iba a dormir porque se quedaba bebiendo o llegaba borracho”, una situació que li generà sentiments d'impotència i de solitud. S'afegeix a aquesta situació un procés de desestructuració alimentària quan les responsabilitats culinàries a la casa es dilueixen amb la marxa de la seva mare: “Me daba lo mismo, a veces me tenía que hacer yo misma la comida, a veces me quedaba sin comer, a veces me quedaba a comer donde una amiga, era un desorden total en la comida”.

En altres ocasions la migració parteix d'un projecte personal i ve acompanyada del desig de posar distància amb la família quan aquesta ha estat una font de problemes personals. Les famílies assenyalades en la literatura psiquiàtrica (Minuchin 1978) com a “patològiques” són aquelles que se situen en els extrems: sobreprotectores i amb idees molt rígides respecte a les expectatives dipositades en els seus fills o, per contra, desorganitzades i amb un baix nivell de cohesió. La teoria sistèmica, desenvolupada durant els setanta i centrada en l'anorèxia nerviosa, posava l'accent en els complexos patrons d'interacció entre els membres de la família de les pacients amb aquesta malaltia. Algunes de les nostres informants en culpabilitzen directament les seves famílies i veuen en les experiències viscudes en el si familiar el germen dels seus problemes alimentaris.

La Bea ha crescut en una família que exercia un fort control sobre la seva vida. La seva decisió de marxar “era porque quería alejarme de mi familia, yo quería ir a un lugar donde empezar de cero, donde nadie me conociera [...]. Estaba tan marcada, había gente toda mi vida diciéndome lo que yo tenía que hacer”, des del seu pare, militar —“decía que teníamos que hacer una carrera, esto era muy claro, y hubo una época que yo faltaba a clase, pero yo faltaba porque yo me iba a la biblioteca a estudiar y él se enteró y bueno aquel día [...] me pegó incluso en la cara”— fins a la seva mare, que li diu com s'ha de vestir —“sobre todo a partir de la adolescencia fue fatal, cuando salía con ella a comprar ropa era un... siempre quería que vistiera de una manera tal”—. De nou sorgeixen els sentiments de desconexió —“Siempre me sentí al margen [de la familia], siempre distinta, y realmente hasta hoy lo soy”—, aquesta vegada marcats per les experiències d'opressió viscudes en la família.

Per contra, les famílies de l'Ana i l'Analía es caracteritzen per ser més tolerants. Però la permissivitat o distensió en les seves vides personals per l'absència de normes a casa les situa en una posició complicada, ja que la falta de referents les converteix en generadores de les seves pròpies normes. Entre elles hi ha les referides a l'alimentació, com és el cas de l'Ana: “Mis padres, pobres, nunca supieron como actuar en ninguna circunstancia, no sabían como actuar, nunca supieron manejar ninguna situación. Yo estoy gordita desde chiquita y mis padres como si nada, no me enseñaban o no me educaban. Mis padres no me los habían puesto [límites con la comida], ni de chiquita ni de mediana, me los puse yo misma”.

L'Analía fuig del seu entorn familiar ja que, després de la separació dels seus pares, s'ha convertit en una font de baralles. Les relacions amb el seu pare es van trencar bruscament, tot i que havia estat el seu referent. Ella es fa càrrec de la seva mare: “[El rol que tomé fue el de cuidar a mi madre porque sentía que ella no podía sola, porque es una persona que le falta personalidad, muchos huevos, mucho empuje, que yo sí lo tengo]”. Analía se sent obligada a adoptar el paper d'intermediària durant i després de la separació dels seus pares i tot plegat fa créixer el seu malestar amb el menjar: “En el auto me hacía como un lavado de cabeza, me contaba esto, lo otro, o sea, cosas íntimas que yo no tenía porque enterarme, tenía 18 años y era una chica joven y... no era su amiga sino su hija y mi padre no supo separar, y yo tampoco supe decirle para. Lo escuchaba y me llenaba de mierda, de mierda y me iba enfermado con lo del trastorno”. Després d'un temps, i motivada pel grat record que conservava de Barcelona a partir d'una curta estada de vacances, va decidir venir-hi a viure: “Yo me iba como huyendo de Argentina, porque toda mi situación familiar seguía siendo conflictiva”.

Les relacions familiars conflictives no són, ni tan sols en aquests casos, el leitmotiv de les migracions, produïdes per les cada vegada més agudes desigualtats socials entre les poblacions. Aquestes dones veuen la possibilitat de millorar les seves vides en uns països on poden optar a un mercat de treball més regulat i beneficiar-se d'un estat del benestar que no existeix als seus països d'origen. El "corralito" a l'Argentina, i la crisi econòmica vinculada a aquests fets a l'Uruguai —amb l'augment de la pobresa— van portar a Espanya i a Catalunya milers d'emigrants que fugien d'una realitat asfixiant. En el cas de l'Uma —de 43 anys— i el seu marit, el desencadenant principal per marxar de l'Uruguai va ser la inseguretat ciutadana i la voluntat d'emportar-se els fills: "*Los niños... eso fue lo que me llevó a tardar más en venir, hasta que un día nos robaron, una vez, dos veces, otro día entraron en mi casa en plena tarde, me deshicieron la puerta, por poco no pillan a mi niña dentro, por media hora, tenía 7 añitos y entonces mi marido dijo hasta aquí llegué, no aguanto más, no aguanto más, yo aquí no puedo vivir*". La Pepa, funcionària d'un ajuntament, perd el lloc de treball després de les eleccions municipals del Perú: "*Yo lo siento como se sienten aquellas personas que son extraditadas, me siento una extraditada por el sistema, me siento extraditada por el sistema en el momento en que tuve que tomar esta decisión. ¿Qué me quedaba? ¿A seguir vegetando por un trabajo? No, yo preferí invertir ese dinero y venirme aquí*". Al Perú, un país on l'any 1995 el 44% de llars eren pobres i els esforços del govern —obertura comercial i reformes estructurals per augmentar la despesa social i reduir la pobresa extrema— no van ser suficients per superar la profunda crisi econòmica. Al final d'aquesta dècada hi ha una nova recessió econòmica que provoca la sortida del país de molts ciutadans que només veuen una esperança de futur en l'emigració.

### **Començant nous itineraris**

En arribar a Catalunya, aquestes dones han d'enfrontar-se amb una sèrie de situacions que els permetran —o no— obtenir un determinat grau d'integració i de benestar. Pel camí sorgeixen nombroses dificultats i cadascuna farà servir un bagatge i uns recursos propis en funció, principalment, de l'edat, l'educació, la classe social o la xarxa social.

Per a les adolescents, el seu primer repte va ser integrar-se al nou col·legi, aprendre a superar les obligacions acadèmiques i començar noves relacions. Quan van arribar als seus respectius instituts, la Paula i la Clara es van trobar soles. Eren en un col·legi envoltades de gent, però en un altre país; hi havia noves normes, nous professors, nous alumnes, noves matèries, nous horaris. Les seves faccions físiques i els seus accents confirmaven la diferència respecte a la resta. Les dues eren bones estudiants, i al marge de repetir algun curs a causa del trasbals de l'emigració, la seva adaptació acadèmica va ser bona. La part més difícil va ser trobar nous amics. Aquesta dificultat per relacionar-se amb els iguals constitueix una experiència de desconnexió, de falta d'un grup de referència amb el qual identificar-se.

*Me costó mucho hacer amigos, mucho, bueno fue un cambio de vida total, porque allí tenía muchos amigos, tenía siempre como donde ir, si me aburría tenía que hacer algo, o sea, tenía siempre recursos. Me sentía que no encajaba y me aburría muchísimo. A veces ya no hablaba (Clara, 17 anys, Colòmbia)*

*Tenía problemas con las compañeras de clase, no sé, a lo mejor por mi forma de ser física y psíquicamente era diferente al resto o me sentía así, como excluida. Siempre estaba encerrada en mi habitación, no hablaba con nadie, no tenía amigos y si los tenía pues no hablaba mucho... estaba aislada del mundo entero. (Paula, 16 anys, Perú)*

Durant aquest període de tancament, la Paula va arribar a perdre vint quilos en un any. No obstant això, aquest tipus d'experiències no són exclusives de la immigració. Els sentiments de desconnexió respecte al grup d'iguals es troben en moltes altres ocasions, com per exemple amb motiu d'un canvi de residència —que potser no suposa un canvi de país, però sí d'escola i de companys. De vegades no cal ni això. Els problemes de l'Ana amb l'alimentació comencen des de petita, quan encara vivia a l'Argentina, ja que també es va passar uns quants mesos tancada a la seva habitació: "*Yo estaba estudiando en el colegio y me empecé a sentir muy mal, engordé muchísimo, me sentía muy mal y estaba a punto de recibirme el bachillerato y me encerré en mi casa, durante seis meses estuve sin salir de mi casa*". Aquests aïllaments, igual que les seves pràctiques alimentàries, s'han d'interpretar com intents de fugir, de protestar, de resistir davant d'unes situacions familiars i socials que perceben injustes i que no poden canviar.

Quant a les dones adultes, un dels seus primers objectius és buscar allotjament i un treball que els permeti viure al nou país i mantenir la família, que pot romandre encara al seu lloc d'origen. El fet de poder disposar de documentació legal sempre facilita la incorporació al mercat laboral i a l'habitatge, o almenys amb més garanties de dret. Aquesta situació no està a l'abast de totes les persones entrevistades. La falta de papers les exposa a situacions de vulnerabilitat tant física com psicològica, obligant-les a fer feines en condicions



d'exploració, a accedir a habitatges en precàries condicions d'habitabilitat i, sobretot, a viure amb la por de ser detingudes i, en el pitjor dels casos, extradites. Diversos estudis sobre refugiats han trobat associacions entre l'aparició de certs símptomes psiquiàtrics i l'impacte de mesures de detenció, accés restringit a la feina i a l'habitatge, a més de les experiències d'aïllament i discriminació, entre d'altres (Silove i Steel, 1998). Aquestes experiències es poden identificar amb les de qualsevol immigrant, especialment amb els indocumentats o no regularitzats. L'Uma va passar un temps a Espanya abans d'aconseguir papers i explica la seva experiència durant aquest període:

*Muy mal, es que no duermes, porque además enseguida empezó a conducir mi marido, enseguida empezó a trabajar en el polígono, mi hermano le dejó su coche, él ya se había comprado otro y claro, conduces, una vez nos chocaron, él me llevaba a limpiar y aquello de que no te pase nada, claro, si tú no tienes problemas con la ley nadie te va a molestar, como tú estás trabajando, pero vives con la angustia permanente... En el choque que fue por atrás dije se acabó, me sentí morir, y no pasó nada, era la culpa de ella y rellenamos papeles y punto, pero si hubiera habido un policía cerca por allí nos hubiera pedido los datos.*

L'Analía també recorda aquests primers mesos sense documents: "*Tiraba currículums por todos lados y todo el mundo que no, que no, que no, yo decía que estoy en trámites, y el rechazo era fatal, sentirte como un inmigrante que no servías para nada y aparte yo no venía ni a robar, ni quería que me regalasen nada: yo venía a trabajar y para mí yo lo llevaba fatal*".

El canvi de posició social és un altre dels fenòmens característics d'aquestes migracions. Algunes interlocutores treballen al servei domèstic o ho han fet durant els primers mesos, encara que actualment hagin aconseguit feines equivalents a les que van deixar als seus països d'origen. És el cas de l'Uma, que ja treballa de cuinera. Altres, com la Pepa, tenen un títol universitari no reconegut a Espanya i l'homologació pot durar anys. Fan jornades laborals extenses per poder mantenir-se i fer arribar diners a les persones que mantenen: "*Ahora estoy de noche, porque he visto que necesito más dinero y tengo el día libre para poder trabajar y ahora cuidado de una señora*" (Pepa, 39 anys, Perú). L'Analía treballa de dilluns a divendres, però també els caps de setmana com a dependent: "*Tampoco me puedo dar el lujo de dejar mi trabajo de los fines de semana porque necesito mandarle dinero [a la mare]*".

La manca de temps lliure i la seva condició d'immigrants no els ajuda a l'hora d'establir relacions amb la gent, i menys encara amb els autòctons. Bhugra i Arya (2006) han argumentat que la major o menor densitat del mateix grup ètnic en l'entorn de l'immigrant té un paper essencial en la gènesi i el manteniment de certs malestans psicològics. Aquest suport social és considerat un fort factor protector per a les situacions de canvi social i per a la protecció de la identitat cultural. La majoria de les nostres informants es relaciona amb persones dels seus mateixos països, encara que afirmen que la seva xarxa social és molt deficitària i que tenen molt pocs amics.

### **Ser dona i ser immigrant**

El fet de ser immigrant i de ser dona pot actuar com un doble factor de marginació social en diferents contextos. Entre les nostres informants és comú haver viscut situacions de discriminació o desigualtat per qüestions racials i/o de gènere, cosa que els ha fet experimentar sentiments d'impotència i inferioritat. Chakraborty i McKenzie (2002) consideren que les experiències de discriminació racial són causants de trastorn mental, encara que els resultats dels estudis longitudinals que s'han fet fins ara encara són massa limitats per confirmar aquesta relació. No obstant això, sí que s'ha explicat la relació d'aquestes situacions amb una simptomatologia de tipus depressiu i ansios (Bhugra i Arya, 2005).

L'Uma ha fet amistat amb una dona argentina que també té problemes amb l'alimentació. Es van conèixer a través d'Internet, i ara intenten formar un grup d'autoajuda seguint els models dels seus països d'origen; allí ja hi participaven. No obstant això, fins ara els seus intents han fracassat: "*Estamos siempre intentando formar un grupo aquí, pero es muy difícil, los españoles son muy difíciles en este aspecto, tienen mucha desconfianza y más cuando cogen el teléfono y escuchan la voz de un sudamericano...*", diu Uma, que afegeix que és normal que s'excusin o que pengin. Per la seva banda, la Pepa també s'ha sentit discriminada pel seu aspecte físic i pel seu origen: "*Sí, por mi color, por los rasgos y bueno, pues mira [...]. En el metro, te ven y te miran, a veces no se sientan conmigo, y yo hago lo contrario, yo me siento con los negros*". Però aquestes experiències no són noves per a ella: "*No te creas, porque allí en Perú ocurre igual, los indios con las cholos como yo, así que lo vengo arrastrando de toda la vida. Hay discriminación de todo, de dinero... Allá sobre todo es el color: si eres india y no hablas bien es que eres pobre y ya marginal, allá por eso la gente se esmera en*

*hablar muy bien, en tener un lenguaje adecuado, en tener maneras para andar, serás bien recibido, según como vayas vestido también te discriminan, o sea que siempre por algún lado...”*

Les experiències de discriminació o desigualtat no estan relacionades únicament amb el fet de ser immigrant, amb l'origen ètnic o la classe social, ja que moltes dones de diferents cultures les segueixen patint per qüestions de gènere. Aquestes situacions són comunes en l'àmbit familiar, tot i que depenen molt de la seva estructura. En les societats d'origen de les nostres interlocutores la dona s'educa i se socialitza en un mitjà que sovint la situa en una posició d'inferioritat respecte als homes de la família. La Bea, que ha conviscut a casa amb tres germanes i dos germans, recorda que *“los chicos [tenían] unos privilegios y la mujer está ahí, en todo el tema de ayudar en casa y tal, el mejor trozo del pavo para los chicos, esto siempre [...] Me cabreaba un montón y discutía, pero eso era incuestionable”*. Aquest tracte desigual entre fills i filles també es donava a la família de la Pepa: *“Primero, que mi hermano era asmático y no podía estar en contacto con el polvo, por lo tanto no podía hacer tareas del hogar, para empezar. Segundo, que era hombre, es el único hijo varón de mis padres: entonces se llevaba mejor parte en las propinas, se sentaba delante en el coche y nosotros atrás, siempre él, él, él”*. Per la seva banda, Paula, pel fet de ser dona, s'ha sentit *“muy discriminada, porque mi padre siempre me ha demostrado que a las mujeres nos trata como si fuésemos unos objetos, nos puede utilizar y no vamos a decir nada, vamos a seguir allí porque como somos mujeres pues te recuperas y no pasa nada”*.

Aquestes situacions de desigualtat, que no són percebudes i interpretades per totes elles de la mateixa manera, deixen entreveure la importància de les subjectivitats. Mentre algunes es rebel·len davant un tracte injust, altres reproduïxen aquestes pràctiques en la seva vida quotidiana apel·lant a la normalitat d'haver-les interioritzat des de la seva infància, a casa o als diferents espais de sociabilitat. En alguns casos, l'exposició a un món cultural diferent pot afavorir la presa de consciència d'una situació de discriminació.

*El hogar donde yo me crié era típicamente machista, entonces yo me crié con esas pautas, y es que yo no puedo ver a mi marido con una escoba como un enfermo. Él dice: yo no sé cocinar porque esta mujer ha monopolizado la cocina y a ver quien entra, y tiene razón. (Uma, 43 anys, Uruguai)*

*En Colombia siempre es muy diferente porque la gente es todavía muy machista, entonces como que muchas cosas puede que a una persona de aquí le parezca muy machistas pero a mí como que me ha parecido normal, pero muchas cosas cuando preguntas: “¿Y por qué?” “Porque tú eres una niña” “¿Y él por qué?” “Porque él es un niño”. Muchas respuestas son así, que no te das cuenta porque es normal allí, porque es la sociedad. Lo ves normal, entonces no lo piensas, pero aquí descubres otra cosa y dices: uy, que machistas son (Clara, 17 anys, Colòmbia)*

Hem assenyalat alguns dels entrebancs que nombrosos immigrants, en aquest cas dones, han d'afrontar quan arriben al nou país d'acollida. Moltes d'aquestes dificultats es donen en les situacions de canvi, són considerats estressants i s'han inclòs en models que intenten estudiar l'impacte que exerceixen sobre la salut mental de les poblacions immigrades. Achotegui (2004) ha ressaltat la importància que pot tenir la combinació d'experiències de solitud, de fracàs en la consecució d'objectius marcats, de falta de recursos i de por en l'aparició de símptomes psiquiàtrics en l'immigrant. Aquí ens interessen particularment els símptomes associats als TCA, i per això ens centrarem en els aspectes que, vinculats als anteriors, es relacionen amb l'alimentació i el cos.

## **Cos i menjar**

Una anàlisi històrica sobre el significat del cos feta per la nutricionista mexicana Olivia Caballero (2005) descriu com en cadascuna de les etapes de la història s'han proposat diferents maneres d'explicar i de relacionar-se amb el cos, algunes de les quals encara semblen donar explicació a costums relacionats amb l'alimentació i a casos associats amb alteracions en la conducta alimentària. El cos, que al llarg de la història i de manera simultània s'ha associat amb valors tant positius com negatius, continua sent considerat sota el dualisme cartesià un element amenaçador i aliè a la ment i l'ésser. A partir d'aquesta suposició s'explica que el cos tendeixi a ser controlat.

*Es mi templo, es lo único que tengo realmente mío, y me siento muy bien cuando lo cuido y me gustaría poder controlarlo siempre para sentirme que lo cuido, y me gusta hacer deporte y comer sano porque considero que es lo mas importante que tenemos, le doy quizás demasiada importancia al aspecto físico. (Uma, 43 anys, Uruguai)*

*Yo creo que es el instrumento que utilizamos para hacer y reflejar la parte que llevamos dentro... No es un reflejo: si no controlas tu físico eres como eres y ya está, pero digo que es como un instrumento que por medio de él tú haces. Un instrumento en sentido de que sirve de medio para hacer y para moverte, para llevar a cabo todas las cosas que tienes en tu mente. (Clara, 17 anys, Colòmbia)*

*El cuerpo... es un objeto. Tú haciendo un par de cosas ya tienes lo que quieres [riu] y no es así, es muy malo, es que no está bien porque utilizas a la gente para lo que tú quieres solo porque a lo mejor te ven de una manera especial y tú te aprovechas, yo me aprovecho al menos de eso y claro, yo creo que es un objeto para conseguir cosas. No me gustaría que no lo fuera, sería mejor que la gente se valore por otras cosas y no solo por esto.* (Paula, 16 anys, Perú).

A les societats modernes, el cos prim s'ha convertit en sinònim d'atractiu físic: aquest és el camí preferent per a la promoció sexual, social i professional. En moltes cultures, la primor s'associa a l'autocontrol i a l'èxit social, mentre que el cos gros encarna els valors contraris d'egoisme, descontrol, debilitat i malaltia. *"Yo perdí 30 kilos y notas la diferencia de la forma en la que te trata la gente. [...] A mí la gente gorda no me gusta... yo creo que la gente que no se cuida, que no se quiere a si misma, no me merece el mismo respeto que otra persona que sí"* (Uma, 43 anys, Uruguai).

Aquesta valoració s'incorpora en molts casos a través de diferents agents socialitzadors, com ara la família, els iguals, els sanitaris o de les imatges corporals que es reproduïxen a través dels mitjans de comunicació social. La internalització d'aquests valors pren força en l'adolescència, coincidint amb un període de recerca de la pròpia identitat, una identitat que en alguns casos està influïda per l'experiència migratòria i la trobada dels dos mons culturals que s'incorporen en les seves vides. La pubertat provoca canvis corporals que han de ser assumits, avaluats i integrats en la identitat corporal. Aquesta avaluació implica posar en relació el propi cos amb el model estètic corporal valorat socialment, un procés en el qual solen intervenir la societat i la família des d'edats primerenques (Caballero, 2005), cosa que condiciona el desenvolupament del nen, principalment en l'etapa intuïtiva, i no li permet fer posteriors diferenciacions entre el que és saludable (físicament i psíquicament) i el que no ho és.

*Mi familia empezó: "Uy, Clara, como estás de gorda", o "Uy, como has subido de peso". Entonces, yo bueno, yo me reía pero por dentro, yo pensaba: "Uy, sí, se me nota", entonces claro, yo empecé a pensar que claro, después de estar un año completo metida en la casa sin hacer nada después de que estaba acostumbrada a hacer deporte, a moverme un poquito más, a comer menos, entonces dije: bueno pues voy a intentar cuidarme un poquito.* (Clara, 17 anys, Colòmbia)

*Mi padre siempre tenía algo que decirme y a mis amigas también, y siempre decía: "Estás gordita, tenés que bajar de peso", y siempre mi papá tenía algo que decir con el peso en mi casa, y a mí eso me empezó a entrar, a entrar...* (Analia, 27 anys, Argentina)

*Consideraba que estaba más o menos gorda, vaya, y mi padre se metía mucho conmigo y yo pensaba: "Bueno, será normal, a mí me da igual, ya pegaré el estirón", y no le di importancia al principio pero, claro, si te dicen ya cosas que te hieren y la gente no te habla casi dices pues vale, pues habrá que hacer algo"* (Paula, 16 anys, Perú)

Un reflex d'aquestes preocupacions intrafamiliars és el nombre creixent de pares que duen els seus fills a nutricionistes i dietistes en edats cada vegada més primerenques per controlar el seu pes. Aquest fet no seria rellevant si els motius estiguessin relacionats amb problemes específics de salut, però en aquestes consultes hi té més influència el valor atorgat al cos prim en la nostra societat —sobretot en el cas de les dones— que no pas una veritable preocupació per la salut. La Bea recorda: *"A ver, la primera vez que fui al psicólogo tenía 17 años, me llevó mi madre para adelgazar, pero claro, ella me llevó porque quería una hija delgada"*.

Si la família i la societat han fet coincidir primor amb bellesa, l'estament mèdic ha contribuït a instaurar aquesta psicosi del cos sobre la base d'establir correlacions entre sobrepes i malaltia, ja des de principis del segle passat (Brumberg, 2000). Quan li pregunten a l'Analia si ella es veia grossa en el moment que va començar la primera dieta, durant l'adolescència, contesta:

*No, yo, lo que los médicos me decían porque yo voy a un traumatólogo y me dijo que estoy subida de peso, y cuando voy al médico también me dice, tenía 64 kilos y tenía 16 años, o sea, estaba subida de peso [...]. No una exageración, siete kilos no es mucho, pero tenía mis kilos de más.* (Analia, 27 anys, Argentina)

Des de llavors, les prescripcions mèdiques per mantenir-se en uns certs límits de pes fent, sobretot, dietes o augmentant l'activitat física, s'han vist potenciades per un mercat que inclou les indústries de l'aprimament, la moda, l'alimentació, els cosmètics i la cirurgia plàstica. Impregnen tot el teixit social i arriben allà on no ho havien fet altres institucions. El pes d'aquestes indústries i la seva capacitat de persuasió no és, però, uniforme en totes les societats.

Que la pressió social per la consecució d'un cos prim varia en intensitat a les diferents societats és un fet que ja coneixem. Encara que totes les informants procedeixen de països llatinoamericans que han estat sotmesos a una gran influència cultural i econòmica dels EUA a través del comerç, dels mitjans de comunicació i dels



consegüents vincles derivats de la migració, hi ha diferències en els sistemes culturals de cadascun dels països aquí representats —així com dintre de cada país— pel que fa a l'ideal estètic corporal i al valor que se li atribueix. A Colòmbia i al Perú l'anomenada "tirania de la primor" (Chernin, 1985) no ha obtingut, almenys fins avui, la mateixa popularitat que en països com l'Argentina, el Brasil o l'Uruguai. L'Ana explica:

*En Argentina el tema del cuerpo, la belleza, todo el tiempo machacándote, machacándote, machacándote en las revistas, y es como que el valor de la belleza es una cosa... No sé como será en el resto de España, pero tú ves la gente aquí por la calle y uno va con las rastas, otro con un aro acá... y vas a la playa y ves de todo, gordas, flacas y no van a dejar de ir. Ve a la playa en Argentina y ten un poquito de celulitis... ipobre chica, está tres años con un psicólogo! (Ana, 29 anys, Argentina)*

I contrasta amb la descripció de la Pepa sobre el Perú:

*Las mujeres, la mayoría somos así de mi tamaño, la constitución es así, algunas son gruesas, otras delgadas, pero la mayoría son como yo. Ver chicas así con las piernas largas allá no vas a ver, muy pocas, muy pocas, lo que sí hacen es régimen, te diría, se cuidan, pero no llegan a extremos. Se darán casos aislados, pero Perú es tan grande, más en Lima, en provincias la gente come más. [...] Aquí las figuras son mas estilizadas. (Pepa, 39 anys, Perú)*

En general, s'assumeix que els valors positius associats a la primesa en les societats occidentals són els responsables de la difusió dels problemes alimentaris en contextos i en poblacions no occidentalitzades, però aquest argument, definit com a "occidentalització", es basa en unes concepcions etnocèntriques que simplifiquen massa les causes d'aquestes malalties centrant-les en l'estètica i obstaculitzen una comprensió més clara sobre la diversitat de raons que en formen l'etiologia. Per això interessa examinar l'aparició de pràctiques alimentàries considerades extremes. La història de la Pepa revela que la pressió social per aconseguir un cos prim no està present. Als 25 anys comença amb unes pràctiques de restricció que al cap dels anys la duen a demanar ajuda mèdica. La Pepa comença a deixar de menjar quan encara viu al Perú i la pèrdua del lloc de treball, la mort de la seva mare i l'abandó de la seva parella són els factors determinants.

Aquest cas ens du a plantejar-nos certs dubtes sobre la baixa prevalença dels trastorns alimentaris als països en vies de desenvolupament —comparada amb els països industrialitzats—, com és el cas del Perú. L'assistència mèdica, necessària per al registre epidemiològic d'aquests casos, no arriba als sectors de la població més desafavorits: "*Yo sabía donde estaba, a qué punto había llegado, buscaba ayuda pero ¿dónde?, decía, ¿dónde?... En la Seguridad Social no estaba asegurada, un privado me iba a costar mucho, ¿pero dónde? Iba a una serie de organizaciones de brujos donde impartían charlas de autoestima y de todo pero de qué me valía... Por eso cuando llegué aquí con 43 o 44 kilos lo primero que hice además de buscar trabajo, fue, bueno, como aquí hay tantas organizaciones, alguna me debe ayudar*". El paper que pot ocupar la pobresa en la manifestació i el manteniment d'aquestes pràctiques alimentàries dóna compte del perjudici que es comet en considerar-les malalties d'adolescents de classe alta, tot subestimant el paper que tenen les desigualtats de classe social i d'origen ètnic en els patrons d'alimentació d'aquestes dones.

D'altra banda, molts dels estudis que es basen en la hipòtesi de l'occidentalització per explicar l'aparició o el manteniment de determinades pràctiques alimentàries entre immigrants obliden que les societats occidentals no són les úniques que valoren el fet d'estar prim. Els més documentats són del Japó i la Xina. Segons Nogami (1997) en les pintures Ukiyoe, un art japonès característic dels segles XVIII i XIX, les dones retratades són primes. També l'heroïna Lin Dai Yu, del clàssic literari xinès *El somni de la mansió vermella*, del segle XVIII, ha estat citada com a exemple de l'ideal de primor (Kok i Tian, 1994).

Una altra de les assumpcions que s'han de qüestionar és el símptoma de la por d'engreixar-se que recullen els criteris diagnòstics occidentals, que sembla que no té una validesa universal. Els estudis de Lee (1993) a Hong Kong o de Steiger (1993) en societats occidentals han informat de casos en els quals no hi ha la por de guanyar pes. Certament, hi ha casos en els quals no es persegueix aquest finalitat estètica, tot i que es comparteix el plaer per la sensació de control i d'aprimar-se, i trobem fins i tot que aquesta finalitat pot ser una mera justificació: "L'aparent persecució de la primor es pot explicar en cada cas en termes idiosincràtics" (Steiger, 1993). No hi ha consens sobre la percepció del cos, un cos que no només vol dir coses diferents per a diferents persones, sinó moltes coses per a la mateixa persona en diversos moments o en diferents esferes (Caballero, 2005).

La preocupació pel pes és comuna a totes les nostres informants i la pèrdua de pes és experimentada com a plaer, però no obstant això, mentre que en alguns casos aquesta primor és altament valorada, en altres pot no satisfer les expectatives, i fins i tot conduir a un autorebuig. És el cas de la Clara:

*Por la edad que tengo mis compañeras son más grandes, están más formadas... Entonces, ahora ya no es por que me sienta más sino porque me siento menos físicamente, siempre es como "ay, qué flaquita que eres", "qué*

*pequeñita”, “qué poquita cosa”, entonces eso no me gusta nada, y además, en cuanto a relaciones personales a mí me gustan los chicos mayores que yo, y claro, parezco menos, entonces no me beneficia en nada.* (Clara, 17 anys, Colòmbia)

Com interpretaríem llavors que a la Clara no li importi continuar-se aprimant? A vegades el fet de deixar de menjar s'ha d'interpretar com una forma d'abandó, de deixar-se anar, de resignar-se o, contràriament, de resistir-se. Es pot experimentar plaer en aprimar-se, una situació que no necessàriament ha d'anar acompanyada de la por d'engreixar-se. Fins i tot en aquells casos en què la persona sent una por intensa de guanyar pes, que semblen més prevalents en les societats industrialitzades (Gordon, 2000; Toro, 2003), la consideració dels trastorns alimentaris com a problemes autoinduits per les dones, immerses en el món de moda i un control de calories, sovint emmascara les diverses raons per menjar poc, molt o gens. En aquest sentit, i per poder donar cabuda a totes les vides que troben en el menjar un mitjà per afrontar o manifestar certes dificultats, traumes o adversitats, sembla més pertinent utilitzar un criteri menys restrictiu com ara la “por del no-control” (Katzman i Lee, 1997). No poder controlar altres facetes de la vida, com ara les relacions familiars, els recursos materials, la feina, les relacions de parella, amb amics, el lloc on es vol viure, etcètera, duen a experimentar sentiments de desconexió, d'impotència, de solitud, i aquestes dificultats poden trobar sortida a través d'una activitat tan íntima com social, com de menjar.

Aquesta falta de poder es desprèn dels relats de les nostres informants quan se'ls pregunta per què creuen que aquests patiments són més freqüents entre les dones:

*Porque no se nos está valorando como personas. Las mujeres estamos obligadas a agrandar a la gente por el físico, no por lo que valemos; los tíos a lo mejor no, pero las mujeres si no eres guapa, si no eres bonita, pues no interesas, así de claro.* (Paula, 16 anys, Perú)

*Le damos [las mujeres] más importancia a las apariencias, no por nada sino por miedo de ser juzgadas por nuestro físico, porque siempre hemos sido tan discriminadas históricamente por ciertas cosas, yo creo que como que se nos ha quedado, como que estamos más pendientes de nuestro físico.* (Clara, 17 anys, Colòmbia)

*Hoy el valor es tener éxito y tener unas medidas que tal vez no sean las reales, sino las de las modelos o de unas mujeres muy privilegiadas. A veces creo que el tema de que termine enfermado la sociedad es un lucro para otros, eso por un lado. Porque claro, hoy las mujeres tenemos que ser independientes pero a la vez tenemos que ser amas de casa y a la vez ser bonitas... Yo a veces pienso y le decía a mi madre el otro día: al final las mujeres siempre salimos perdiendo últimamente, porque desde que entramos en el mercado del hombre no te olvides que todo lo demás que venías haciendo lo tenés que hacer y además ser, no sé, Brooke Shields!* (Ana, 29 anys, Argentina)

Per entendre millor aquestes pràctiques alimentàries, hem de parar una atenció especial en els tipus de relacions que les dones estableixen amb l'alimentació, variables en el temps i l'espai. Les raons que ens han donat les informants per explicar la seva opció de deixar de menjar o de menjar en excés semblen vinculades al sentit que té la regulació del pes i del cos en el nostre context; d'aquesta manera, el menjar es converteix en un instrument de control sobre el pes i la imatge corporal. No obstant això, més enllà d'aconseguir la primor, els significats d'aquests actes estan relacionats amb sentiments molt variats, com ara la disconformitat, la impotència o el descontentament. El menjar, per tant, adopta diferents significats en funció d'aquests estats emocionals, i pot representar una font de plaer immediat o un substitut d'altres necessitats:

*Yo siempre que tenía un problema que no conseguía afrontar, sobre todo respecto a sentimientos y tal, yo buscaba consuelo en la comida, complejos... y sobre todo en las relaciones afectivas con personas de... amigos y pareja. Yo adelgazaba o aumentaba según las circunstancias, toda mi vida más o menos ha sido así.* (Bea, 47 anys, Brasil)

*[Mis padres] no eran felices y eso se notaba y la comida estaba suplantando otras cosas. Yo lo que le decía a mi mamá era que me sentía sola aunque estuviera rodeada de gente, pero yo me sentía sola igual.* (Ana, 29 anys, Argentina).

*Ha significado demasiado, siempre ha sido una forma de buscar placer, y es que como no tienes la vida que te gustaría, porque tienes un trabajo con unos horarios horribles y yo que sé, y te limita socialmente un montón y te disculpas a la hora de decir: bueno, joder, si lo único que puedo hacer es comer. Y siempre he tenido problemas, de muy jovencita tuve problemas económicos cuando estuve casada, y como que comer siempre pude porque como trabajaba en esto de eso no me tenía que privar, y como comer me gusta y me gusta mucho...* (Uma, 43 anys, Uruguai).

També pot servir com a mitjà d'autoinculpació o càstig:

*Al ser así desde siempre y querer ser un poco como el centro de la atención, porque me sentía muy sola y no sé por qué, pues empecé así comiendo poco. No comía nada en días. Cuando como es como si me pusiesen un castigo.* (Paula, 16 anys, Perú)

*En un ataque compulsivo tengo que comer cosas que me hagan el mayor daño posible, es como tener un demonio dentro que te transforma. (Uma, 43 anys, Uruguai)*

La connexió entre el menjar i les experiències traumàtiques que aquestes dones han viscut (Thompson, 2004) ens fa preguntar-nos per què han triat els aliments i no altres substàncies o conductes com a mitjà per afrontar els seus problemes. Un indici sobre aquesta relació la trobem en el vincle establert entre el menjar i les dones al llarg de la història. A la majoria de les cultures, per exemple, són les responsables de la nutrició i l'alimentació dels infants i de la preparació dels àpats dels membres del grup domèstic. Juntament amb les funcions biosocials, el menjar té importants qualitats que el fan rellevant. Pot ajudar a combatre l'ansietat, induir la son o esvair l'avorriment. A diferència d'altres substàncies addictives, els aliments són més accessibles i estan relativament lliures d'estigmes. *“Desde muy pequeña dentro de mi familia empecé a sentirme distinta y desde muy temprano a buscar consuelo en la comida, porque era lo que estaba más cerca, lo más fácil, lo inmediato”*. *“El alcohol es el caso de la adicción que más se nota el efecto, entonces la gente no puede trabajar, se ve en los ojos, pero tú a un comedor compulsivo después de un atracón, yo una vez que fui a trabajar mal y nadie se entera!”* (Bea, 47 anys, Brasil). Els efectes secundaris del menjar no són tan contundents com altres substàncies psicoactives, i per això poden continuar atenent les seves responsabilitats domèstiques i laborals. El fet de trobar estratègies amb les quals sentir-se bé els dóna poder, per la qual cosa, més que referir-nos a aquestes pràctiques com a “trastorns” o “problemes”, les hem de concebre també com a estratègies que intenten combatre els efectes d'experiències complexes i, per tant, en certa mesura equilibradores i resolutives.

## Conclusions i prospectiva

---

La construcció dels TCA com a malalties mentals —i de gènere— ha implicat, sovint, centrar l'atenció en la causalitat individual (factors biopsicològics) en detriment de les raons socioculturals. En aquest estudi hem intentat demostrar, però, que aquestes són igualment determinants, en la mesura que els anomenats trastorns del comportament alimentari no poden comprendre's sense tenir en compte l'articulació entre les experiències personals i l'entramat cultural. Entre els joves, els TCA són expressió de les dificultats i les contradiccions viscudes en contextos particulars. Hem de preguntar-nos per què certes emocions, sentiments i experiències individuals s'expressen, sobretot en el cas de les joves, a través de l'alimentació i del cos, i no d'una altra manera? És una pregunta cabdal i cal trobar-hi respostes. Com deia Watzlawick, els *éssers humans no podem deixar de comunicar* i encara que en determinats actes no tenim intenció de manifestar res, igualment comuniquem. Les pràctiques alimentàries i corporals esdevenen llenguatges complexos capaços de mostrar els elements harmònics o discordants de qualsevol cultura.

La premissa del nostre treball era que la principal causa de l'increment dels TCA són, en gran mesura, les ràpides i profundes transformacions socioeconòmiques i culturals que han afectat les societats industrialitzades, entre les quals la catalana, i que han modificat radicalment els models de gènere, les imatges i atencions corporals i els comportaments alimentaris. A partir d'aquí volíem demostrar, en primer lloc, que com els adolescents i joves estan en un procés continuat de "construcció" física, psicològica i social, són receptors especialment sensibles d'aquests models i pràctiques culturals.

Aquesta primera hipòtesi ha quedat palesa. És obvi que els adolescents i joves es construeixen a si mateixos emmirallant-se en les pràctiques de la societat a què pertanyen. És per això que per analitzar-les hem cregut necessari, en primer lloc, saber quines són les característiques definitòries de la societat en què s'insereixen. Partim de l'assumpció que les nostres pràctiques alimentàries estan determinades per factors socioeconòmics i culturals immersos dins d'una estructura i organització social particular. Aquesta societat es caracteritza, entre altres trets, per un model de vida que afavoreix l'individualisme, la manca de temps per articular el àpats domèstics, la pèrdua generacional de coneixements i habilitats alimentàries, la permissivitat paterna davant les preferències dels fills i les llargues jornades laborals i d'estudi. En aquest cas s'ha incrementat l'oferta lúdica i esportiva, la incompatibilitat dels horaris familiars, els missatges publicitaris assegurant que tots els productes són bons i són saludables i les imatges mediàtiques d'homes i dones esculpint (o intentant-lo) el seu cos, fent dieta, exercici o recorrent a la cirurgia estètica. És en aquest context on els TCA i els TCANE esdevenen manifestacions que expressen un dilema d'identitat, de comunicació i desigualtat social. Així doncs, mentre la consideració de les variables socials continuï en la perifèria de la interpretació i comprensió d'aquests trastorns i no s'incorporin als programes de prevenció i intervenció difícilment augmentarà l'èxit terapèutic. Tots aquests paràmetres incideixen notablement en les formes de menjar contemporànies i en els significats dels àpats per als diferents grups socials. A més, els adolescents i joves se socialitzen en uns models alimentaris notòriament flexibles i operatius, moltes vegades adaptats a les seves lògiques i formes d'organització de la vida quotidiana, però lluny de les pautes alimentàries que els experts sanitaris o els educadors estimen com les millors.

Divergim de les afirmacions que sostenen que els joves segueixen un model de l'estil: a) alimentació estructurada —a casa, amb els pares—; b) alimentació desestructurada —període transitori que correspon al període d'independització—; c) alimentació (re)estructurada —un cop estabilitzats per la vida en parella o el naixement d'un fill. Moltes vegades els joves ja es troben a casa les pautes que nosaltres anomenàvem "flexibles i adaptatives", que no serien semblants a les que aconsellen els sanitaris: per exemple, pel que fa a l'estructura de l'àpat —tres plats—, a l'espai on es fa —al menjador o a la cuina—, o a la sociabilitat associada a aquest acte: comensalitat vs. solitud.

Aquesta divergència és un factor que cal tenir en compte, perquè els models i pràctiques culturals a la nostra societat es difonen per mitjà d'un bon nombre d'actors d'una manera desigual i contradictòria. Pel que fa a les pràctiques alimentàries, la figura materna, que fins fa unes dècades podia representar l'autoritat en matèria alimentària, avui ha de conviure amb una multiplicitat d'agents socialitzadors paral·lels que sovint la desautoritzen. Avui, són "experts" els qui "ensenyen" a menjar correctament. Però, què ensenyen? La nostra anàlisi ha deixat clar que aquesta transmissió es fa prioritzant el fet alimentari com a acte biològic, bastant lluny del que, segons el nostre parer, hauria de representar. Així doncs, si "nodrint-nos" estaríem responnent a la necessitat

bàsica de fer funcionar el nostre cos, “alimentant-nos” aconseguiríem portar a terme altres objectius, igualment importants, com ara establir i mantenir relacions socials, expressar emocions, o bé mostrar la nostra pertinença a un grup social o a una cultura determinada.

La major part de persones que han participat en l'estudi han declarat que tenien una informació abundant sobre els aspectes nutricionals de l'alimentació, sobretot a partir de l'escola i dels professionals sanitaris. Tot i amb excepcions en algunes escoles o en determinades línies pedagògiques (apartat 5.2.1), aquests agents socials prioritzen una visió reduïda i descontextualitzada del fet alimentari. Els adolescents i joves aprenen que els aliments estan formats per un nombre determinat de components nutritius i que aquests s'han d'equilibrar de tal manera que s'aconsegueixi complir els esquemes de la dieta “correcta”. Ara bé, podríem afirmar que aquests paràmetres són els únics “lògics”? Certament no, si per “lògica” entenem la capacitat d'adaptació dels paràmetres nutricionals al context social en què es desenvolupa la vida quotidiana dels joves.

I si ens referim a aquestes particularitats és perquè els joves, com a tals, formen part d'un grup social amb característiques molt determinades encara que heterogènies. És cert que aquest grup viu en un context determinat marcat per uns models culturals i unes pràctiques concretes. També és cert que comparteixen singularitats que no es poden deixar de banda i que tenen relació amb factors estructurals i identitaris. Com hem vist en estudis recents fets sobre joves i salut a Catalunya, es troben en una societat caracteritzada per problemes que afecten directament el seu procés de socialització i autonomització: la precarització de l'habitatge i la feina, els canvis en l'estructura i la dinàmica familiar —que sovint els fan sentir sols— o el valor que donen a l'acceptació dels iguals —en la qual, en primera instància, hi té una certa importància l'aparença física— representen una part dels constrenyiments que els afecten. Els i les informants han relacionat aquests entrebancs de tipus estructural amb el seu procés fallit d'emancipació i, alhora, amb les causes que han estat desencadenants de la malaltia. La por d'engreixar-se o aprimar-se, doncs, no és l'única ni la principal causa explicativa dels TCA entre els joves.

No hem d'oblidar, doncs, que com a membres d'un grup social en procés de construcció de la seva identitat, els adolescents i joves prenen com a models determinats referents culturals per superar aquesta etapa i arribar al món adult. Aquí, si bé preval la transgressió de la norma marcada pels adults, per exemple, pel que fa a la transformació de la cuina —mitjançant la innovació i la creativitat—, també té importància l'assumpció i/o reelaboració de determinats models culturals. Per exemple, estar prim és, per a molts adolescents i joves, un referent a l'hora de “pensar” el seu cos ideal —i de fer-lo realitat amb pràctiques, com la dieta. Aquest cos els permetrà donar una imatge de si mateixos, presentar-se en societat, assolir un estatus dins d'aquesta. És per això que molts dels relats biogràfics insisteixen en la relació entre l'aprimament i la sensació de seguretat davant els altres, homes o dones. La dieta, i altres pràctiques de cura del cos, com l'exercici, es posen en pràctica per aconseguir aquest ideal, i com a mitjà de domini d'un mateix, de la pròpia individualitat, de la pròpia vida.

Si fins ara hem parlat d'adolescents i joves, una de les nostres hipòtesis afirmava que juntament amb l'edat, hi ha altres variables, com el gènere i l'origen ètnic, que explicarien les diferents actituds i percepcions que tenen davant el cos, el menjar i els estereotips físics i de gènere i també, en part, la major o menor vulnerabilitat davant les conductes de risc que poden afectar la seva salut mental i física. Tot i això, no podem deixar d'esmentar l'estructura familiar i la classe social. El nostre treball ha dirigit l'atenció als processos de canvi social que han incidit directament en les estructures familiars tradicionals, en la percepció i (no)acceptació d'aquests canvis i, finalment, en la possible relació entre aquests factors i l'alimentació dels joves. Així, el canvi en les estructures i dinàmiques familiars assimilat amb moltes reserves per alguns joves o pel seu entorn més immediat. Aquesta circumstància acaba afectant les seves vides. Les relacions que s'estableixen en la nostra societat, caracteritzades per la fragilitat i el canvi, difícilment són assimilades en aquests casos. A més, els joves reproduïxen sovint les representacions d'unes estructures molt més rígides, si més no duradores en el temps i l'espai, que constitueixen, encara i malgrat els canvis, les representacions hegemòniques de la “família”. Aquest seria un factor més de malestar personal, que s'expressaria mitjançant el menjar.

En relació amb la classe social, els estudis epidemiològics sobre els TCA assenyalen el nivell socioeconòmic mitjà i alt, l'educació i la cultura i posen l'èmfasi en el rendiment intel·lectual, la valoració del fet d'estar prim i de l'èxit a través d'una figura atractiva. Tanmateix, alguns d'aquests factors de risc s'han començat a qüestionar, ja que en els darrers anys han deixat d'associar-se als estrats socials més elevats. Ho hem pogut demostrar en el nostre estudi, en el qual han participat persones amb situacions econòmiques i culturals molt diverses.

Pel que fa als factors als quals hem dedicat més atenció —edat, gènere i grup ètnic— queda clar que, quant a la vulnerabilitat, el gènere és primordial. Els estudis de caire quantitatiu consultats ja registraven més malestar físic i psicològic entre les dones per motius relacionats amb la seva posició dins de l'estructura social.<sup>35</sup> El nostre estudi coincideix amb els seus resultats, fent referència a la relació alimentació/cos/salut. Dins l'apartat de la cura d'un mateix s'observa que les dones es preocupen més pel seu cos i, com a conseqüència, dediquen més esforç a intentar canviar els aspectes que no concorden amb l'ideal a assolir. Així, les dones declaren que estan menys contentes amb el seu cos que els homes, i quan ells expressen insatisfacció ho fan, per regla general, quan tenen sobrepès o obesitat. També, i de manera significativa, s'observa la tendència femenina a percebre negativament més parts del seu cos. Així, si un home pot estar descontent pel pes i la musculatura, una dona ho pot estar pel pes, i a més pel pit, el nas, les cuixes, la cintura, el cul, etcètera.

Aquesta desigualtat relacionada amb la posició social de l'home i la de dona afecta la construcció de la identitat de gènere (feminitat/masculinitat) i col·loca les joves en una situació específica pel que fa a les representacions i pràctiques alimentàries i les cures del cos. Hem pogut veure com les noies interaccionen amb el menjar d'una manera diferent que els nois, i com prenen els aliments com a vehicle per a la comunicació interpersonal. Com hem pogut observar en els relats biogràfics, les dones fent dieta expressen accions diverses: disciplina, control, plaer o contestació, entre d'altres.

Si les dones adolescents i joves, viuen l'alimentació com un espai ambivalent, que tant pot servir per mostrar vulnerabilitat i fragilitat com disciplina i control, els grups formats per persones d'origen ètnic divers també expressen aquesta dualitat. L'anàlisi de la nostra mostra suggereix que cultures diferents tenen representacions diferents del cos femení o masculí. Entre les dones autòctones trobem més preocupació pel cos físic, amb la consegüent intenció de transformar-lo. Entre les dones marroquines i equatorianes també veiem aquest fenomen, sobretot entre les darreres. En aquests casos, i quan parlem de grups d'origen rural, la imatge del cos femení s'associa més aviat a una imatge lligada a la procreació, per tant, relacionada amb un cos "arrodonit", maternal, lluny dels estereotips del cos prim. Cal ressaltar que entre aquests grups de joves hi ha una progressiva assimilació de les pautes culturals de la societat d'acollida i, en certa mesura, podrien apuntar la hipòtesi de l'occidentalització. Això no vol dir que en moltes ocasions les normes ja existeixin en la societat d'origen, referides, per exemple, a la medicalització de l'alimentació, però cal ressaltar-ho perquè es detecta una certa diferència entre el que pensen els joves i les generacions dels seus pares. Aquesta "assimilació" no es du a terme sense contradiccions personals, i tal com afirmàvem en les nostres hipòtesis, el canvi —socioeconòmic i cultural— que s'ha produït, a més del particular procés identitari que es viu durant l'etapa adolescent i juvenil, fa que aquest grup estigui en una posició social de risc.

L'estudi de les condicions socials en què es desenvolupa avui l'adolescència i la joventut ens ha permès d'afirmar que davant de situacions particulars: relacions paternofiliars complexes, acceptació o rebuig dels iguals, dificultats en la comunicació interpersonal, tipus de socialització alimentària etcètera hi ha més possibilitats de desenvolupar trastorns alimentaris. Els models estètics, però també altres factors com ara el canvi cultural de les persones que han emigrat o la desconexió del fet alimentari i les preocupacions característiques dels joves actuals, ens porten a afirmar la multicausalitat en l'aparició d'aquests aquestes patologies, més enllà del criteri diagnòstic basat en la lipofòbia. Amb tot i això, i com veiem en els casos en què contrastàvem diferents grups ètnics, també queda demostrat que la cultura pot actuar com a factor protector a l'hora de desenvolupar aquests tipus de malestars.

L'etnografia ens ha permès observar que les institucions i els serveis assistencials utilitzen uns instruments de classificació diagnòstica determinats i rebutgen utilitzar-ne d'altres. En la majoria dels casos, l'hegemonia de la psiquiatria biomèdica fa que es prenguin com a guia el DSM-IV o la CIE-10, i a la majoria de les institucions, segons han comentat els nostres informants, no els preocupa tant qui són les seves pacients com quines activitats porten a terme. Les preguntes que els fan s'orienten a esbrinar com ha estat la seva vida durant l'última setmana o durant el dia d'avui, però no a conèixer qui i com són: quina és la seva manera d'entendre el món, les relacions socials i els seus interessos. Amb aquesta aproximació biomèdica, i a diferència de l'enfocament sistèmic o la psicoanàlisi, les pacients tenen poca veu; les seves narratives orals i/o escrites no són primordials per als terapeutes, tot i que a vegades les animin a escriure. Els seus diaris els acaben llegint elles mateixes, i serveixen més d'exercici autoreflexiu que no com a eina interactiva per a la teràpia.

---

35 Tot i que també es referien, com a possibles factors explicatius, al fet que les dones declaressin més aquests malestars o bé que anessin més a la consulta mèdica.



Però aquestes persones tenen una gran necessitat de parlar amb els altres, tal com comenten durant les entrevistes i com queda reflectit en les llargues sessions en què les noies parlen durant hores, buscant que algú les escolti i poder expressar lliurement els seus sentiments i experiències, cosa que a les consultes no passa sovint. Així ens ho han manifestat en reiterades ocasions.

Les noies i els nois entrevistats expressen sovint les seves queixes, la incomprensió i el malestar que senten davant d'uns tractaments i institucions que no entenen i que acaben per no resoldre el seu problema. Expliquen, per exemple, la vergonya que senten quan han de relatar les seves històries carregades de patiment i dificultats personals als terapeutes, uns desconeguts. La situació s'agreuja als centres on els professionals canvien amb una certa freqüència, perquè llavors el sentiment de vergonya es multiplica: han de repetir la mateixa història una vegada i una altra a unes persones sovint poc properes i amb qui no s'estableixen relacions d'empatia. Voldrien, sobretot, no entrar en un procés d'homogeneïtzació i medicalització en el qual es prioritzi "corregir" el pes i "aprendre a menjar correctament". Senten rebuig cap a una alimentació basada en la "normalització" i la vigilància continuada i voldrien més autonomia, i és per això que valoren positivament els espais on se'ls dóna: és el cas dels pisos terapèutics o dels centres on els àpats es poden negociar mínimament.

Hem volgut explorar les hipòtesis actuals sobre la immigració i els TCA. El debat sobre la migració com a factor de risc en l'aparició de símptomes psiquiàtrics encara continua vigent. La distància dels orígens, de la família i els amics, les experiències de discriminació, les dificultats per accedir a certs recursos i el procés d'aculturació, entre d'altres, poden incrementar la vulnerabilitat en salut mental, tot i que es tracta de processos complexos que estan lluny de ser homogenis.

De les nostres set informants, només dues persones van desenvolupar la malaltia després de la migració. És el cas de les dues adolescents, en les quals la malaltia sembla estar directament vinculada al procés migratori. Les condicions en què han canviat de país, amb llargs períodes de separació familiar i escassetesa de recursos materials, les ha dut a experimentar uns sentiments de solitud, d'abandó i d'engany que s'han cristal·litzat, juntament amb altres factors, com ara les dificultats per relacionar-se en un nou entorn, en un rebuig del seu cos (simbòlic, social i individual).

En la resta d'informants, la malaltia va aparèixer en edats primerenques, infantils i adolescents, i en contextos molt diferents entre si pel que fa a la pressió social que s'exerceix sobre la dona perquè tingui un cos prim. Per tant, la tesi que considera que la difusió dels valors occidentals és la responsable principal de l'aparició d'aquestes malalties en altres contextos no té una validesa universal i està basada en criteris etnocèntrics. Les causes que duen aquestes dones a deixar de menjar o a menjar en excés són molt més complexes. En les seves històries trobem discriminació per gènere, assetjament psicològic, pobresa, solitud, etcètera. La migració és percebuda com a mitjà per resoldre problemes, si bé les fa afrontar certes dificultats que els generen sentiments de desconexió, de transició i d'opressió, que poden manifestar-se a través del menjar.

No en tots els casos trobem el símptoma de la por d'engreixar-se. En els discursos dominants sobre l'etiologia dels TCA es tendeix a simplificar les causes i a centrar-les en l'ideal d'estar prim, argumentant que les persones que pateixen aquests trastorns es veuen grasses tot i que a vegades estiguin extremadament primes. Malgrat que les nostres informants també reconeixen haver-se sentit grasses, les causes que s'atribueixen a les seves pràctiques alimentàries evidencien significats que no són purament estètics. Si bé la primesa és experimentada sovint amb plaer, no és únicament pel desig d'estar primes, sinó que això pot contenir molts altres significats com ara la sensació de control sobre l'itinerari corporal i vital, la promoció personal i professional o l'identitat de gènere.

La realitat social i la seva vinculació amb els TCA, tal com hem demostrat, demana propostes integrals capaces d'analitzar i transformar els factors culturals que condicionen certes pràctiques alimentàries i corporals. Malgrat que en la psiquiatria les tesis biologicistes siguin hegemòniques, els símptomes associats amb aquestes afliccions afecten igualment la salut física i mental en el si de l'estructura social —família, educació, feina, oci. Vivim en una societat que, de diferents maneres i amb diversos èmfasis, a vegades obertament i d'altres d'una manera subtil, potencia mitjançant els seus agents —educadors, sanitaris, empresaris, informadors, polítics—, i les seves institucions, la desigualtat social entre gèneres, edats i grups ètnics.

No podem manifestar sinó la nostra sorpresa davant d'estudis (Calvo *et al.* 2002) que apunten com una de les causes socials més rellevants en l'increment d'aquestes patologies entre les adolescents i joves la circumstància que aquestes passen moltes hores soles a casa perquè els dos membres de la parella treballen,

deixant entreveure que la progressiva incorporació de la dona al mercat laboral està en relació directa amb l'augment de la prevalença de TCA. Això és simplificar una situació infinitament més complexa. Ni ha d'altres possibles causes. La solitud dels adolescents i joves pot relacionar-se amb el fet que nens i nenes a partir dels dotze anys tinguin un horari més reduït i més tardes lliures de càrrega lectiva, i que el *décalage* entre horaris laborals i escolars sigui cada cop més gran i impedeixi la conciliació de la vida laboral i la familiar. Per què no s'apunta també com a possible causa de la solitud dels adolescents la flexibilització i precarietat del mercat de treball, que porta els pares i mares a haver-se d'adaptar a llargues jornades laborals que varien d'una setmana a una altra? A més, s'hauria de plantejar, tal com fèiem nosaltres en l'estudi, com influeix el patró socialitzador en les activitats que nois i noies poden/han de fer en el seu temps d'oci o quan estan sols: si se'ls permet estar al carrer o en espais d'ús col·lectiu —amb els iguals— o bé a casa —sense companyia.

Analitzar aquest tipus de factors culturals i avaluar com la transformació social pot estar afectant l'increment de símptomes relacionats amb comportaments alimentaris no és gens senzill. D'aquí l'interès i la urgència d'incorporar una visió i una acció interdisciplinària que inclogui la participació de persones que, mitjançant el seu bagatge teòric, aplicat en l'anàlisi de la cultura, aportin respostes als interrogants encara avui mal formulats. Hem vist que l'aparició d'alguns dels símptomes entre joves immigrants residents a Catalunya està estretament relacionada, més que amb els criteris de lipofòbia i la suposada occidentalització de les seves idees i pràctiques alimentàries i corporals, amb les condicions socioeconòmiques en què viuen i amb el fet que estiguin sotmesos a canvis culturals ràpids, que requereixen, al seu torn, extraordinaris esforços d'adaptació personal i cultural. Aquests casos específics, juntament amb l'estudi de la multicausalitat dels TCANE, podrien ajudar a fer que tota la comunitat científica entengués fins a quin punt és pertinent i necessari un enfocament integral en la definició i tractament dels TCA.

D'altra banda, si bé queda clar que la lipofòbia és un dels factors determinants de l'aparició de TCA, cal tenir en compte que tots els malestars que es manifesten a través del menjar estan expressant altres dificultats que van més enllà del desig de no engrèixar-se o d'estar prima, i que estan estretament relacionats amb les formes de vida de la societat moderna, en les quals preval l'individualisme, la competència o la immediatesa material davant de l'esforç col·lectiu, la reciprocitat o la solidaritat. Per això s'ha de fer un esforç per entendre les funcions del menjar —i no de la dieta— no des del discurs de la salut i la malaltia, sinó com allò que pot ajudar a rebutjar o qüestionar models socials o, per contra, a acceptar-los. També com allò que pot servir per donar plaer o pot afavorir l'adquisició de coneixements i habilitats alimentàries i socials i, en conseqüència, ajudar a la construcció personal i social de dones i homes.

És urgent que aquesta societat es replantegi el tipus d'habilitats i coneixements socials que es potencien o, contràriament, es menyspreen en l'enculturació dels més joves. Actualment en la nostra cultura s'està produint una contradicció important entre els missatges que es donen i les accions socialitzadores que es fan, ja que d'una banda es promou activament l'emancipació personal i social dels seus membres —ser autònom— i alhora s'ofereix una vasta xarxa de béns i serveis que la impedeixen. Un exemple clar és la pràctica absència de corresponsabilització en la participació en les tasques domèstiques vinculades a l'alimentació quotidiana. Les noies i els nois esdevenen mers consumidors d'aliments en un context, la llar, en què cada cop més els àpats també s'individualitzen. Les incompatibilitats horàries dels membres del grup domèstic, la ruptura de la transmissió del saber alimentari i organització de les tasques fora de casa dificulten que el menjar pugui ser pensat i viscut com una activitat participativa i plaent. En aquest sentit, caldrien modificacions estructurals —d'ordre social i econòmic— per invertir aquestes tendències i no sembla que el mercat de treball o de l'oci, entre d'altres, les afavoreixin. Tenint en compte que el que necessiten moltes noies i nois diagnosticats de TCA és l'adquisició de competències individuals i socials —habilitats per resoldre situacions quotidianes com ara ocupar creativament el temps lliure o preparar-se un àpat, per exemple—, les teràpies s'haurien d'orientar a resoldre des de fora el que és la font del problema. En el fons, es tracta d'assegurar que adquireixin coneixements i pràctiques que, per raons personals, familiars i/o culturals, no s'han resolt prèviament i que, com hem demostrat aquí, són la causa de diferents problemes que prenen el menjar i el cos com a vehicle d'expressió.

Quant als programes d'educació nutricional que s'apliquen per prevenir els TCA, pensem que estan enfocats erròniament perquè presenten dificultats a l'hora de comprendre el caràcter holístic inherent al fet alimentari. En la majoria de casos no tenen en compte que socialitzar les persones imposant-los normes per redirigir certs hàbits alimentaris pot perjudicar més que afavorir l'objectiu últim de la socialització: aprendre a menjar bé. Els professionals sanitaris haurien de prendre consciència que els comportaments alimentaris actuals són la conseqüència, precisament, de les transformacions socials que s'han produït i és important insistir que la modificació del saber nutricional no comporta necessàriament la modificació del comporta-



ment alimentari. De fet, un bon nombre de noies diagnosticades de TCA, tot i no dur-les a terme, coneixen perfectament les recomanacions nutricionals i les normes dietètiques.

Des d'aquí apostem per una educació alimentària que tingui en compte les diverses dimensions del fet alimentari com ara la salut, el plaer, la identitat. Pensem que tant l'escola com el menjador i el menú escolars es podrien aprofitar pedagògicament per explicar continguts nutricionals i culinaris tant als estudiants com als pares i mares dels infants i adolescents que vulguin i puguin participar en aquest coaprenentatge. És a dir, s'haurien de fomentar en els nens i nenes actituds positives cap als aliments com a font d'energia i salut, però també com a font de plaer, comensalitat, sociabilitat o afectivitat. En aquest sentit, s'ha de deixar que els nens i nenes participin més activament en la definició i elaboració de les seves ingestes: quantitats, varietat de continguts, temps disponible per menjar, etcètera. Això fomentaria la seva autonomia i podria repercutir en una millor socialització en l'aprenentatge alimentari, i per tant, en una millor acceptació dels menús i una alimentació menys desmotivada i, de vegades, desestructurada. De la mateixa manera, aconsellem que les teràpies nutricionals aplicades en el tractament dels TCA siguin més flexibles, especialment quan les pacients han superat les situacions més agudes i que no es reprogrami les usuàries seguint un dogma dietètic i/o corporal allunyat de qualsevol imbricació sociocultural.

## Bibliografia

---

- ABU-LUGHOD, L. (2002). *Feminismo y modernidad en Oriente Próximo*. Madrid: Cátedra.
- ACHOTEGUI, J. (2004). "Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)". *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. Volum V, 21: 39-53.
- AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (2002). *Informe de salud de Barcelona, 2002* (no publicat). Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- ALLUÉ, M. (1982). "La gestión del morir: para una antropología del enfermo terminal en la sociedad occidental". *I Jornades d'Antropologia de la Medicina*. Comunicacions, vol. 2.1. Tarragona: Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 434.
- ALLUÉ, M. (2001). "Los derechos de los pacientes: una perspectiva antropológica". *Medicina antropológica*, (2): 13-19.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a ed). APA: Washington DC.
- APPADURAI, A. (1996, 2001). *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. París: Payot.
- ASCHER, F. (2005). *Le mangeur hypermoderne*. París: Odile Jacob.
- BAUMAN, Z. (2005). *Identidad*. Madrid: Losada.
- BECK, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- BECK, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
- BHUGRA, D., i ARYA, P. (2005). "Ethnic Density, Cultural Congruity and Mental Illness in Migrants". *International Review of Psychiatry*, 17(2): 133-137.
- BORDO, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and The Body*. University of California Press: San Francisco.
- BOUCHARD, C.; TREMBLAY, A.; DESPRES, J. P., et al. (1990). "The Response to Longterm Overfeeding in Identical Twins". *New England Journal of Medicine*, 322, (21): 1477-1482.
- BRUCH, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Vintage: Nova York.
- BRUMBERG, J. J. (2000). *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*. Harvard University Press: Cambridge.
- BRATMAN, S. (2001). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. Nova York, Broadway Books.
- BULIK, C. (2001). "Eating Disorders: Integrating Nature and Nurture Through the Study of Twins". A NASSER, M.; KATZMAN, M., i GORDON, R. A. (2001), *Eating disorders and cultures in transition*. BrunnerRoutledge: East Sussex.
- CATALINA, M. L.; BOTE, B.; GARCÍA, F.; RÍOS, B. (2005). "Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria?". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(1): 66-68.
- EDUCACIÓ I ALIMENTACIÓ (2003). *Informe del Consell Escolar Municipal*, núm. 4. Girona: Ajuntament de Girona.

- CÁCERES, J.; ESPEITX, E. (2006). *Cuines en migració. Alimentació i salut d'equatorians, marroquins i senegalesos a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- CALVO, M. (1982). "Migration et alimentation". *Information sur les sciences sociales*, 21(3): 383-446.
- CALVO, I et al. *Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria*. Nutr. Hosp. (2002) XVII (4) 219-222.
- CANALS, J. (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado de bienestar*. Tarragona: URV.
- CANALS, J. (2003). "Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1): 71-81.
- CASTEL, R. (1981). *La gestion des risques*. París: Minuit.
- CASTEL, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. París: Fayard.
- CASTEL, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est ce qu'être protégé?* París: Seuil.
- CHERNIN, K. (1985). *The Hungry Self: Women, Eating and Identity*. Harper and Row: Nova York.
- CHINCHILLA, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- COL·LEGI OFICIAL DE FARMACÈUTICS DE BARCELONA (2001). *Anàlisi descriptiva d'elements del comportament alimentari en la població d'11 a 13 anys de la província de Barcelona*. Projecte de la Vocalia d'Alimentació.
- COMELLES, J. M. (1988). *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU.
- COMELLES, J. M. (2000a). "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual". *Trabajo Social y Salud*, (35): 151-172.
- COMELLES, J. M. (2000b). "The Role of Local Knowledge in Medical Practice: a Transhistorical Perspective". *Culture, Medicine and Psychiatry*, (24): 41-75.
- COMELLES, J. M. (2000c). "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo". PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. (ed.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- COMELLES, J. M.; MARTÍNEZ, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- COSTA, P.; PÉREZ, J. M. (1996). *Tribus urbanas*. Barcelona: Paidós.
- COUNIHAN, C. M. (1999). *The Anthropology of Food and Body. Gender, Meaning and Power*. Londres: Routledge.
- COUNIHAN, C. M., I KAPLAN, S. L. (1998). *Food and Gender. Identity and Power*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- DARMON, M. (2003). *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. París: La Découverte.
- DE GARINE (1995). "Sociocultural Aspects of the Male Fattening Sessions Among the Massa of Northern Cameroon", en DE GARINE, I., i POLLOCK, N. J. (eds), *Social Aspects of Obesity*. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.
- DE LA SERNA, P. (2004). "Alteraciones de la imagen corporal: anorexia, vigorexia, bulimia, dismorfofobia y cuadros relacionados", *Monografías de Psiquiatría*, núm. 2, any XVI.

DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL (2002). *Enquesta de salut de Catalunya 2002*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

DI NICOLA, V. F. (1990). "Anorexia Multiforme: Selfstarvation in Historical and Cultural Context. Part I: Selfstarvation as a Historical Chameleon" i "Part II: Anorexia Nervosa as a Culturereactive Syndrome", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27.

DIVERSOS AUTORS (2004). *Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

ESPEITX, E. (dir.) (2005). *Els comportaments alimentaris dels joves en procés d'emancipació*, col·lecció "Estudis", núm. 19. Barcelona: Observatori Català de la Joventut / Secretaria General de Joventut.

ESTEBAN, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo*. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Edicions Bellaterra.

FAIRBUN, C. G., i BEGLIN, S. J. (1990). "Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa", *American Psychiatry*, (147): 4.018.

FEIXA, C.; GARCIA, I., i RECIO, C. (2004). *Estils de vida i cultura digital: la generació xarxa a Catalunya*. Barcelona, segon informe CIIMU, no publicat.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F., i TURÓN, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F., et al. (2004). "Personality and Psychopathological Traits of Males with and Eating Disorder". *European Eating Disorders Review*, (12): 367-374.

FERNÁNDEZ-RUFETE, J. (1997). *Sanar o redimir. Los procesos asistenciales en VIH/SIDA en el medio hospitalario*. Tesi de doctorat. Tarragona: URV.

FIELD, A., et al. (2002). "Comparison of SelfReport to Interview Asssment of Bulimic Behaviors among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys". *Wiley InterScience*: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/eat.10220.

FIGUERAS, M. (2005). *Prensa juvenil femenina i identitat corporal*. Tesi doctoral inèdita. Departament de Periodisme i Comunicació Audiovisual. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.

FUNDACIÓ SANTIAGO DEXEUS FONT (2001). *Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya*. Unitat d'Adolescents de l'Institut Universitari Dexeus.

GARABUAU-MOUSSAOUI, I. (2001). "La cuisine des jeunes: desordre alimentaire, identité generationnelle et ordre social". *Anthropology of Food*, núm. 0. Disponible a [www.aofood.org](http://www.aofood.org).

GARCÍA, L. (1999). *Educación y salud: una aproximación crítica a las políticas de salud escolar en Catalunya (1975-1995)*. Tesi doctoral. Barcelona.

GARNER, D. M., i GARFINKEL, P. E. (1980). "Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa". *Psychological Medicine*, 10(4): 647-56.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2001). *Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns alimentaris*. Disponible a: [www.gencat.cat](http://www.gencat.cat).

GONZÁLEZ, E. (1975). *La asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: Castelleto.

GORDON, R. A. (1994, 2000). *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel.

GRACIA, M., et al. (2005). *Género, "dieting" y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres (2003-2005)*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- GRACIA, M. (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- GRACIA, M. (2002). "Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa", a GRACIA (ed.), *Somos lo que comemos*. Barcelona: Ariel.
- GRACIA, M. (2003). *Publicitat, gènere i salut*. Informe d'investigació per a l'Institut Català de la Dona, Generalitat de Catalunya.
- GRACIA, M., et al. (2001). *Género, cuerpo y alimentación. La construcción social de la anorexia nerviosa*. Madrid: Instituto de la Mujer (no publicat).
- HACKING, I. (2000). *The Social Construction of What?*. Harvard University Press.
- HILL, A. J.; OLIVIER, S., i ROGERS, P. (1992). "Eating in the Adult World: the Rise of Dieting in Childhood and Adolescence", *British Journal of Clinical Psychology*, 31.
- HSU, L. K. (1996). "Epidemiology of the Eating Disorder", *Psychiatric Clinical North Am*, 19: 681-700.
- INSTITUTO DE LA JUVENTUD (2005). *Informe juventud en España 2004*. Madrid: INJUVE, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2001). *La mujer en cifras*. Es pot consultar a [www.mtas.es](http://www.mtas.es).
- ISOLETTA, S. (coord.) (2003). *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Experiencia.
- KATZMAN, M., i LEE, S. (1997). "Beyond Body Image: The Integration of Feminist and Transcultural Theories in the Understanding of Self-Starvation", *International Journal of Eating Disorders*, 22, pp. 385-394.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: UCP.
- COMELLAS, J. M. (comp.). *Psiquiatria transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría: 13-35.
- KOK, L. P., i TIAN, C. S. (1994). "Susceptibility of Singapur Chinese Schoolgirls to Anorexia Nervosa: Part I (Psychological Factors)". *Singapur Medical Journal*, (35): 481-485.
- KURTH, C. L.; KRAHN, D. D.; NAIRN, K., i DREWNOWSKI, A. (1995). "The Severity of Dieting and Bingeing Behaviours in College Women: Interview Validation of Survey Data". *Journal of Psychiatric Research*, 29: 21.125.
- KYMLICKA, W. (1995, 1996). *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona: Paidós.
- LE BRETON, D. (2003). *Anthropologie du corps et modernité*. París: PUF.
- LE BRETON, D. (2004). "The Anthropology of Adolescent Risk-Taking Behaviour", *Body and Society*, 10(1): 1-15.
- LEE, S. (2001). "Fat Phobia in Anorexia Nervosa: Whose Obsession Is It?", a NASSER, M.; KATZMAN, M., i GORDON, R. A. (eds.), *Eating Disorders and Cultures in Transition*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- LEE, S.; HO, T. P., i HSU, L. K. G. (1993). "Fat Phobic and Non-Fat Phobic Anorexia Nervosa: A Comparative Study of 70 Chinese Patients in Hong Kong", *Psychological Medicine*, 23, p. 999-1017.
- LITMAN, T. J. (1974). "The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care: a Social Behavioral Overview", *Social Science&Medicine*, (3): 495-519.
- LITTLEWOOD, R. (2004). "Commentary: Globalization, Culture, Body Image and Eating Disorders", *Culture, Medicine and Psychiatry*, (28): 597-602.
- LUPTON, D. (1996). *Food, the Body and the Self*. Londres: Sage Publications.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A., i RECIO, C. (2004). *La salud dels menors i joves. Malalties i malestars en una societat desigual*. Barcelona, segon informe CIIMU, no publicat.

MAJEM, LL.; ARANCETA, J.; RODRÍGUEZ-SANTOS, F. (2003). *Estudio Enkid. Crecimiento y desarrollo*, vol. 4. Barcelona: Masson.

MENÉNDEZ, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.

MERNISSI, F. (2001). *El harén en Occidente*. Madrid: Espasa Calpe.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1999). *Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de atención primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. L., i BAKER, L. (1978). "Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context". Harvard University Press: Cambridge, MA.

MORENO, S. (2005). "La gestió del temps quotidià: dificultats d'encaix, escassetat i desigualtats". *Estructura social i desigualtats a Catalunya*, vol. I, col·lecció "Polítiques", 46. Barcelona: Editorial Mediterrània: 361-430.

MOORE, H. (1991). *Antropología y feminismo*. Cátedra: Madrid.

NASSER, M.; KATZMAN, M., i GORDON, R. A. (2001). *Eating Disorders and Cultures in Transition*. East Sussex: BrunnerRoutledge.

NOGAMI, Y. (1997). "Eating Disorders in Japan: A Review of the Literature". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 339-346.

OBSERVATORI CATALA DE LA JOVENTUT (2004). *La joventut de Catalunya en xifres. Dades bàsiques de la joventut catalana 2003*. Barcelona: Secretaria General de Joventut, Generalitat de Catalunya.

OBSERVATORI DE L'ALIMENTACIÓ. CONTRERAS, J.; GRACIA, M. (dir.) (2004). *La alimentación y sus circunstancias: placer, conveniencia y salud*. V Foro Internacional de la Alimentación. Barcelona: Alimentaria Exhibitions.

OBSERVATORI DE L'ALIMENTACIÓ. CONTRERAS, J.; GRACIA, M. (dir.) (2006). *Comemos como vivimos. Alimentación, salud y estilos de vida*. VI Foro Internacional de la Alimentación. Barcelona: Alimentaria Exhibitions.

ORBACH, S. (1986). *Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. Nova York: Avon.

PARSONS, T. (1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza.

PÉREZ MANUEL, S. (2004). *URV-2004, Dades Catalunya*, Departament de Salut.

PÉREZ, M.; VOELZ, A. R.; PETTIT, J. W., I JOINER, T. E. (2002). "The Role of Acculturative Stress and Body Dissatisfaction in Predicting Bulimic Symptomatology Across Ethnic Groups", *International Journal of Eating Disorders*, 31 (4): 361-482.

PHELPS, L.; ANDREA, R.; RIZZO, F. G.; JOHNSTON, L., I MAIN, C. M. (1993). "Prevalence of Self-induced Vomiting and Laxative/Medication Abuse Among Female Adolescents: a Longitudinal Study". *International Journal of Eating Disorder*, 14, (3): 375-378.

POULAIN, J. P. (2002). "Dimensions sociales de l'obésité". *Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, Expertise Collective, Paris: INSERM: 59-96.

PRAT, J.; PUJADAS, J. J.; COMELLES, J. M. (1980). "Sobre el contexto social del enfermar". KENNY, M.; MIGUEL, J. de (comps.). *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.



PRINCE, R. (1985). "The Concept of Culturebound Syndromes: Anorexia Nervosa and Brainfag", *Social Science and Medicine*, 21 (2): 197-203.

RAMÍREZ, E. (1996). *Inmigrantes en España: vidas y experiencias*. Madrid: CIS.

REICH, R. M. (2002). *Anorexia y bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. Pirámide.

RIEGER, E., *et al.* (2001). "Cross-cultural Research on Anorexia Nervosa: Assumptions Regarding the Role of Body Weight", *International Journal of Eating Disorders*, 29, pp. 205-215.

RODRÍGUEZ, A.; NOVALBOS, J. P.; MARTÍNEZ, J. M.; RUIZ, M. A.; FERNÁNDEZ, J. R., i JIMÉNEZ, D. (2001). "Eating Disorders and Altered Eating behaviors in Adolescents of Normal Weight in a Spanish City". *Journal of Adolescent Health*, 28(4): 338-345.

ROMANI, O., *et al.* (2004). *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*. Barcelona, Observatori Català de la Joventut, e-quaders n°2.

ROHLFS, I. (2003). "Desigualtats de gènere en la salut". BORRELL, C.; BENACH, J. (coords.) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, col·lecció "Polítiques", 35. Barcelona: Editorial Mediterrània: 181-216.

RUIZ, P. (2002). "Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España". Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.

SENNET, R. (2000). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.

SEPÚLVEDA, A. R.; GANDARILLAS, A., i CARBOLES, J. A. (2004). "Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria", en [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com), 8 (2).

SERAPIONI, M. (2003). *La participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud*. Barcelona: UB.

SILOVE D., i STEEL, Z. (1998). "The Mental Health and Well-Being of On-Shore Asylum Seekers in Australia", *Psychiatry Research and Teaching Unit*, University of New South Wales, Liverpool, Australia.

SPITZER, R. L.; YANOVSKI, T.; WADDEN, R., *et al.* (1993). "Binge Eating Disorder: Its Further Validation in a Multisite Study". *International Journal of Eating Disorders* (13): 137-153.

STALLAERT, C. (2004). *Perpetuum mobile. Entre la balcanización y la aldea global*. Barcelona: Anthropos.

STEIN, D. M., i LAAKSO, W. (1988), "Bulimia: a Historical Perspective". *International Journal of Eating Disorders*, 7 (2): 201-210.

STEINHAUSEN, H. C. (2002). "The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century", *American Journal of Psychiatry*, 159 (8): 1.284-1.293.

STEIGER, H. (1993). "Anorexia Nervosa: Is it the Syndrome or the Theorist That is Culture and Gender-Bound?". *Transcultural Psychiatry Research Review*, 30, 347-358.

STUNKARD, A. J. (1959). "Eating Patterns and Obesity". *Psychiatry Quarterly*, (33): 284-295.

THOMPSON, B. (1994, 2004). *A Hunger So Wide and So Deep. A Multiracial View of Women's Eating Problems*. University of Minnesota Press.

TORO, J. (1996, 2003). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.

VAN DONGEN, E. (2000). "La forza dell'anorexia. Resistenza, energia e controllo", *Revista della Società Italiana di Antropologia Medica* (9-10): 59-80.

VÁZQUEZ, C. (2003), "Tractament endocrinològic i nutricional dels trastorns de la conducta alimentaria". En ISOLETTA, S. (coord.), *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Ediciones Experiencia.

## Índex de taules

---

Taula 1. Denominacions històriques de l'anorèxia .....	17
Taula 2. Denominacions històriques de la bulímia i síndromes associades .....	18
Taula 3. Criteris d'hospitalització en l'anorèxia nerviosa.....	24
Taula 4. Criteris d'hospitalització en la bulímia nerviosa.....	25
Taula 5. Imatge ideal preferida. "Com t'agradaria ser?" .....	33
Taula 6. TCA en població jove a Catalunya .....	37
Taula 7. Estudis sobre simptomatologia bulímica en joves.....	38
Taula 8. Recursos de la xarxa sanitària de Catalunya .....	40



## Índex de Gràfics

---

Gràfic 1. Estat de salut de la població de 10 a 29 anys, per sexe. Catalunya, 2002.....	30
Gràfic 2. Sentiments relacionats amb la salut mental de la població 10-29 anys, per sexe, Catalunya, 2002 .....	32
Gràfic 3. Mitjana d'hores de pràctica esportiva fora de l'escola .....	34
Gràfic 4. Prevalença dels TCA a Europa, Espanya i Catalunya. Població de dones joves (12-18 anys) .....	36
Gràfic 5. Treball de la casa (en minuts) .....	54
Gràfic 6. Cura de la casa (en minuts) .....	54
Gràfic 7. Compres (en minuts).....	55



# e