

Eskuliburu

honek ikerketa hauen berri ematen du

Elikadura-jokabideen arazoak, Obesitatea,
Dietetika eta Elikadura eta Goputzari buruzko
iritzia Gipuzkoan



Asociación Vasca de Psicoterapias
Dinámicas y Sistémicas
Psicoterapiak Dinamika eta Sistemika-ren
Euskadiko Elkarteak



Ordiziako Udal
Ayuntamiento de Ordizi

GOIERRIKO INTERPRETATZIO ZENTROA
ELIKADURA ETA GASTRONOMIA GIURIA
d'elikatuz
CENTRO DE LA ALIMENTACIÓN Y LA GASTRONOMÍA
CENTRO DE INTERPRETACIÓN DEL GOBIERNO
ORDIZIA

d'elikatuz
bizi

Iñigo Ochoa de Alda
Javier Antón
Vanesa Carralero
Teresa Agorreta





Elikadura osasungarriari buruzko heziketa kanpaina Gipuzkoan

Eskuliburu

honek ikerketa hauen berri ematen du:
Elikadura-jokabideen arazoak, Obesitatea, Dietetika
eta Elikadura eta Gorputzari buruzko iritzia
Gipuzkoan.

Iñigo Ochoa de Alda, Javier Antón,
Vanessa Carralero eta Teresa Agorreta.

Argitalpen hau hauen eskutik dator:



Ordiziako Udala
Ajuntamiento de Ordizia



"D'elikatuz Bizi" Arazik asmatu eta ekoiztutako proiektua da.



ESKERTZAK

Eskuliburu hau egiteko eta argitaratzeko erakunde eta pertsona hauen laguntza izan dugu:

Argitalpenaren zuzendaritza eta koordinazioa:

- Iñigo Ochoa de Alda, AVAPSIko lehendakaria (Psikoterapia Dinamikoa eta Sistemikoaren Euskal Elkarte) eta Psikologia Fakultateko irakaslea Euskal Herriko Unibertsitatean.

Edizioa eta datu-bilketa:

- Javier Anton eta Vanesa Carralero
- Teresa Agorreta, elikadura gaietan espezializatutako medikua.

Laguntzaileak:

- Ordiziako Udala.
- A.V.A.P.S.I, Psikoterapia Dinamikoa eta Sistemikoaren Euskal Elkarte.

Guztiei eskerrak eman nahi dizkiegu, egitasmo hau aurrera eramateko egin duten ahalegin itzelagatik. Iñigo Ochoa de Aldari bereziki eman nahi dizkiogu eskerrak, hasiera-hasieratik D'ELIKATUZ BIZI kanpainaren aldeko apustua egin zuelako. Bere laguntzarik izan ez bagenu, ez genuen aurrera aterako. Bere laguntasuna, ardura eta bideratzeko ahaleginak funtsezkoak izan dira 2006ko kanpaina gauzatu eta burutzeko.

Era berean, Gipuzkoako Campuseko Errektoreordetzari (EHU) ere eskerrak eman nahi dizkiogu; Donostiako Campuseko Psikologia Fakultateari eta hango dekanuari bereziki, Arantxa Azpirozi, eta Marisol Cruz eta Carmen Maganto irakasleei, Anorexia eta Bulimiaren aurkako Gipuzkoako Elkarteari (ACABE); Pedro Ramos doktoreari, Farmazia Fakultateko irakaslea bera (EHU); eta Ana El Busto doktoreari, elikadura gaietan aditua den medikua.

Mila esker guztioi.

D'ELIKATUZ
Ordiziako Elikadura eta Gastronomía Zentroa.

AURKIBIDEA

Sarrera orokorra	9
1) Elikadura-jokabideen Arazoak	11
1.1. Sarrera	11
1.2. EJAei buruzko argitalpena zientifikoak	16
1.2.1) Nortasuna eta EJA.	16
1.2.2) EJA eta familiako eragileak	18
1.2.3) EJA eta emozio arazoak	20
1.2.4) EJAetan eginiko esku-hartzeak	21
1.3. EJAei buruzko dibulgazioa.	24
1.3.1) Irakurgaiak	24
1.3.2) EAJ eskuliburuak.	24
1.3.3) Jarduera dibulгатiboak	24
2) Obesitatea	27
2.1. Sarrera	27
2.2. Obesitateari buruzko argitalpen zientifikoak	31
2.3. Obesitateari buruzko dibulgazioa	33
3) Dietetika eta Elikadura	35
3.1. Sarrera	35
3.2. Argitalpen zientifikoak. Dietetika eta Elikadura	39
3.2.1) Elikadura ohiturak	39
3.2.2) Biologia.	40
3.2.3) Minbizia eta Elikadura	41
3.3. Elikadura Dibulgazioa	43
4) Gorputz irudia	45
4.1. Sarrera	45
4.2. Gorputz Irudiari buruzko argitalpen zientifikoak	49
Glosarioa	53
Galdeketa eta Escalak.	60
Informazio gehiago.	63



SARRERA OROKORRA

SARRERA OROKORRA

Eskuliburu honek elikadura-osasunaren inguruan Gipuzkoan egindako ikerketak biltzen ditu; beraz, gipuzkoarren elikatzeko ohiturei buruz eta elikadura-jokabideen arazoei buruz dihardu.

D'elikatuz elikadura eta gastronomia zentroak profesionalen eta interesa dutenen esku jartzen du eskuliburu hau, egindako lanak ezagutzera emateko eta orain arte aztertu (edo ia aztertu) ez diren gaietan ikerketa bultzatzeko. Helburu nagusia da gipuzkoarren osasunari buruz ahalik eta informazio gehien biltzea eta horrek duen garrantziaz hiritarrak informatzea, kontzientziaztea eta sentsibilizatzea.

D'elikatuz bere kabuz hasi da lehen urratsak ematen. Horretarako D'ELIKATUZ BIZI 2006 kanpaina ezarri du martxan (Gipuzkoan egiten den elikadura osasungarriari buruzko kanpaina da). 2006. urtean ekarpen hau egin du:

- Sukaldaritza osasungarriari buruzko ikastaroa egin da. 263 lagunek parte hartu dute, Gipuzkoako 5 sukaldaritza-eskoletan.
- Elikadura-jokabideen arazoei buruzko 4 ikastaro egin dira. Unibertsitateko ikasleen eta profesionalen artean, 500 lagun trebatu ditugu. Ikastaro hauek Euskal Herriko Psikologia Fakultatean eskaini ditugu.
- Dibulgazio-ekintza baten bitartez, 1.300 pertsonarengana iritsi gara. Ekintzaren bitartez pertsona bakoitzak aste osorako menu pertsonalizatua eta orekatua lortu du.

Eskuliburu honek ematen dio amaiera aurtengo kanpainari, 2007an ekintza hauei guztiei jarraipena emateko asmoarekin.

Jarraian aurkeztuko dizuegun eskuliburuak elikadura-jokabideen arazoei buruz EHU-n egindako lau ikastaroen egitura errespetatzen du eta informazioa lau ataletan sailkatzen du: Elikadura Jokabideen Arazoak (EJA), Obesitatea, Dietetika eta Nutrizioa eta Gorputzaren Itxura. Era honetan, D'ELIKATUZ BIZI kanpainaren bi atal bildu ditugu, trebakuntza eta ikerkuntza. 2007an ere bilakaera paraleloa izango dute.

Eskuliburu erabilgarria eta interesgarria izatea nahiko genuke.



1



ELIKADURA

1) ELIKADURA

1.1) SARRERA

Gure garaian, gure gizartean, gure kulturan, gero eta garrantzi handiagoa ematen zaio itxura fisikoari. Hori dela-eta, dietak eta ariketa fisikoak gero eta indar handiagoa hartu dute. Itxura argala eta liraina izatea saritu egiten da eta oso modu baikorrean ikusita dago. Arrazoi honen ondorioz (ikusiko dugun bezala, tartean beste arazo batzuk ere badaude-eta), nerabe askok (neskek batez ere) euren buruari ezarritako "dietak" egiten dituzte eta bide horrek Elikadura-jokabideen Arazoetara eramán ditzake (EJA).

Elikadura-jokabideen Arazoek (EJA) garrantzi handia hartu dute aspalditxotik. Hainbat arrazoi dago interesa sortzeko: berezia eta larria delako, gizartearen interesa sortzen delako, konplexua delako eta diagnosis zein tratamendua zaila delako. Kontua da, gizarte-ko sektore handi batek duen arazoari erantzuteko premiagatik sortzen dela interes hori. Aipatutako jende taldea nerabezaroan dauden emakumeek osatzen dute gehien bat, men-debaldeko kulturán txertatuta dauden emakumeek (edo kultura horretan hazi direnek).

Egin dituzten ikerketetatik ondorio hau ateratu dute: 30 urtetik beherako jendearen %10ek EJAren bat duela. Ezagunenak nerbio-anorexia (NA) eta nerbio-bulimia (NB) dira. Hala ere badira arazo arinagoak eta gutxiago ikertu direnak, hala nola: "elikadura-jokabideen arazo ez espezifikoa", Bigorexia eta Ortorexia.

Arazo hauek errotuta daude eta ugartuz doaz. Urteko batzuetan tasa 10 eta 30 urte bitartean 17-19/100.000 da Nerbio-Anorexietan (NA); Nerbio-Bulimia (NB) hiru-koiztu egin da azken hamar urte hauetan adin bereko nesken artean, 50/100.000 tasara iritsiz.

Sindrome partzialak kontuan izanik, gurean neska nerabeen artean nerbio-anorexia %0,1 eta 1,5aren artean dago errotuta eta nerbio-bulimia %0,5 eta 1,5aren artean. Zehaztu gabeko kasuak eta atipikoak izaten dira ugarienak, %1,7 eta 3,8 artekoak. Arriskuan dagoen jendea (sintomak dituen, baina oraindik gaixo ez dagoena) %8aren eta %15aren bitartean dago.

D Baina, zeri esaten zaio Elikadura-Jokabideen Arazoa?

Arazo hauek isla larriak izaten dituzte elikadura-jokabideetan. Honako hauek dira: *lodi zeari beldur izugarria, itxura fisikoari buruzko distorsioak eta argaltzeko jokabide ugari* (euren buruarekin gustura egoteko).

Euren buruaz egiten duten balorazioa, arrakasta eta beste edozein helburu pertsonal, hari hauskor batetik zintzilik dago: argal egotea da eurentzat bizitzaren ardatza. Era honetako arazoa hasten den unean, eta kronikoa bilakatzen den heinean, gaixoa abiapuntura itzultzen da, itzulbide arriskutsuan murgilduz. Autoestimua (hasieratik txikia izanik) gero eta ahulagoa da; gizartearekiko harremana gero eta okerragoa, pixkanaka isolatuz joango da; eta argaltasunaren bidetik hainbeste desio duen zorientasuna aurkitu beharrean, gero eta tristezia, bakardade eta antsietate handiagoa aurkituko du. Era honetara itzulbideak ez du aterabiderik eta gaixotasuna luzatuz doa etengabe, pentsaturik gehiago argalduz gero hobeto egongo direla (arestian esan dugun bezala, argaltasuna bizitza-estiloa bihurtuz).

Arazo hauek dituzten pertsonak honela agertuko dira: 1) *estremista* elikagai-kontsumoari dagokionez (jandako janariaren kaloriak zenbatuz, esaterako); 2) Pisuaz *obsesionatuta*. Horren adierazpena izan daiteke pisu asko galtzea (Nerbio-anorexia Murriztailea) edo epe motzean asko loditzea, eta baita ere pisuan gorabehera handiak izatea (Nerbio-bulimia); 3) Itxura fisikoarekin *gustura* ez; 4) Pisurik ez irabazteko *osasungarriak ez diren jokabideak izango dituzte*. Nerbio-anorexia murriztailearen kasuan, esate baterako, barau egitea, ez jatea eta ariketa gehiegi egitea. Nerbio-bulimiaren kasuan, gaixoek era konpulsiboan jaten dute (tripakadak egiten dituzte), eta ondoren janaria bota.

Ikus dezakezuenetz, elikadura-jokabideen arazoez badituzte ezaugarri berdinak, baina bakoitzak ezaugarri bereziak ere baditu.

Nerbio-anorexiaren ezaugarri nagusia da norberak eragiten duela pisu galera handia. Pertsona horrek bere altuerari eta adinari dagokion pisu normalari uko egiten dio, janaria murriztuz (loditzeko beldurraren eraginez). Murrizketa hori lortzeko hauek lirateke bideak: ariketa fisiko gehiegi egitea; laxanteak, diuretikoak eta anorexigenoak erabiltzea (zenbait kasutan neurritz kanpo); eta nahita botaka egitea (nerbio-anorexia purgatzaila). Gorputzari buruzko irudi distortsionatua izaten dute, dismorfofobiarekin.

Nerbio-bulimiaren ezaugarri nagusia da janari asko (oso denbora gutxian) jateko gogoia kontrolatu ezina; horrekin batera loditzeko beldur itzela. Ez loditzeko gonbitoa eragiten dute edota laxante asko hartzen dituzte. Edozein modutan ere, arazo mentalei buruzko diagnosi eta estatistika eskuliburuan (DSM-IV) datoz elikadura-jokabideen arazo guztiei buruzko diagnosi-irizpide espezifikoak: nerbio-anorexia, nerbio-bulimia eta elikadura-jokabideen arazo ez espezifikoa (ikus glosarioa).

Praktika klinikoa ohikoa da gaixo berak nerbio-anorexiaren eta bulimiaren ezaugarriak nahasian izatea. Pertsona batzuei hasierako diagnosian nerbio-anorexia dutela esaten diete eta ondoren nerbio-bulimia dutela, eta alderantziz ere bai. Hori gerta daiteke, bai gaixotasunaren bilakaeraren erruz, bai diagnosia egitea zaila delako, eta baita ere diagnosian akatsak gertatzen direlako.

Arrazoi hori dela-eta, garrantzitsua iruditzen zaigu aditu batzuek (Perpiña, 1989; Calvo, 1992; Scarano, Kalodner, 1994; Lowe et al., 1996) jarraipenari buruz proposatzen duten hipotesia. Aditu hauek ez dute sailkapen isolatua egiten elikadura-jokabideen

arazoetan, horren ordean kontinuitateaz hitz egiten dute. Hau da, arazo hauek guztiek antzeko bi ideia nagusi izango lituzkete: a) pisuari buruzko kezka eta, b) argaltzeari buruzko ideia puztua. Bi hauek iraun egingo dute baldin eta sintomatologian faktore hauek agertzen diren edo ez ikusirik: pisua, dietak (gogorak edo ez hain gogorak), purgatzeak, eta itxura fisikoan gerta daitezkeen aldaketak (Mateos-Parra eta Solano-Pinto).

Era honetan, mutur batean nerbio-anorexia murriztailea egongo litzateke, ondoren anorexia bulimikoa; nerbio-bulimia erdian kokatuko litzateke; atzetik, jate-konpultsiboa; eta azkenik, aurkako muturrean, elikadura-jokabideen arazoak dituzten pertsona obesoak leudeke.

D Zeintzuk eremuk dute eragina elikadura-jokabideen arazoetari?

Arazo hauek ulertzeko funtsezko hiru esparru daude: 1) *Gizabanakoaren eremua* (genetika eta biologia, nortasunaren ezaugarriak, autoestima txikia, generoa, nerabezarroa, etab.); 2) *Familiaren eremua* (elikadura arazoak egotea aurretik, komunikazio-arauak, arazoak ekiditea, egitura, etab); 3) *Gizartearen eremua* (modak, ereduak, irudia gehiegi baloratzea, argaltasuna goratzea, etab).

D Baina, zeintzuk eragilek eragiten dituzte arazo hauek?

Badakigu arazo hauek faktore askok eragiten dituztela; beste era batera esanda: ezin zaizkio arazoak bakarrik egotzi (36 neurria, familiako aurrekariak, nortasuna, etab). Sintomatologia klinikoa hiru eratako eragileen ondorioa da:

:: *Aurretiko joerak*: joera genetikoak, familiak janariarekiko duen jarrera eta kultura, nortasunaren ezaugarriak, etab.

:: *Faktore eragileak*: maite den jendea hiltzea, istripuak, itxurari buruz mesprezuz hitz egitea, loditzea, Estresa Eragiten duten Gertaerak, etab.

:: *Mantentzeko faktoreak*: desnutrizio-klinika eta klinika asoziatua, ez jatea, familia-krisia, iatrogenia, norberen buruari ezarritako dieta zorrotzak, etab.

Hau da, gizabanakoaren ezaugarri askok (biologikoen eta psikologikoen) eta familiaren zenbait ezaugarri gaixotzeko joera bultzatzen, baina ez dira Elikadura-Jokabideen Arazoaren eragile eskusiboak. Izan ere, jende askok ezaugarri horiek izan arren, ez dute gaixotasuna garatzen. Gaixoa garatzeko faktore eragileak izan behar dira tartean. Faktore hauek bizitzako gertakari estresanteak izaten dira gehienetan (gizabanakoaren, familiaren eta gizartearen eremuak): banaketak edo heriotzak, sexu-harreman traumatikoak, ikasketa-porrotak, etab. Baina faktore hauek ere ez dira EJAenak bakarrik. Hori gerta dadin, alegia EJA sortzeko eta irauteko, mantentze-faktore batzuk agertu behar dira; hala nola dieta zorrotza. Pisu-galtzea une kritiko batera iristen denean, zaila da geratzen, eta arazo fisiko eta psikologikoak gertatzen direnez, arazoa betikotu egin daiteke.

EJAen bilakaerari eta iragarpenari buruzko datu zehatzik ez dago. Bilakaerari buruzko ikerketak aintzat hartuz, esan daiteke nerbio-anorexia duten gaixoen artean %50ak hobe-

kuntza nabarmena egin dutela (bulimiaren kasuan emaitzak oso antzekoak dira) edo guztiz sendatu direla, %30 askoz hobeto daudela eta %20 antzera edo okerrago dagoela.

Bestalde, *Iragarpen egokia egiteko* faktoreak badaudela esan daiteke (azkar antzema-tea, gaixotasuna dela konturatzea, familiar arazo psikopatologikorik ez izatea, familiaren kooperazioa eta laguntasuna, gizarte-sare aberatsa). Era berean *iragarpen desegokirako* faktoreak ere badaudela esan daiteke (diagnosia berandu egitea edo gaixotasunak urteak izatea, pisu gorabeherak, profesional askok esku-hartzea edo ospitaleratze asko egitea, gaixotasuna ukatzea, familiako arazoak, senar-emazteen arteko arazoak, psikopato-logia asoziatua, gizarte-sare kaxkarra, etab).

Iragarpenean familiak eginkizun garrantzitsua du. Familiari askotan egotzi zaio gaixotasun batzuen errua (nerbio-anorexiarena eta bulimiarena barne). Egia da familiaren ezaugarri edo aurrekari batzuek eragina izan dezaketela eta gaixotasunari iraunarazi diezaioketela, nerbio-anorexiari esaterako. Hala ere, aintzat hartu behar dugu Elikadura-jokabideen Arazoek eta beste gaixotasun kroniko batzuek kolpe gogorra jotzen diotela familiari. Ziurrenik, gurasoek era guztietako neurriak hartuko dituzte semeari edo alabari laguntzeko. Denetik probatuko dute: zigortu, derrigortu, iraindu, derrigorrean jaten eman, etab. Gurasoak, euren iritzirako, konponbide egokienak aurkitzen saiatuko dira, eta askotan aita eta ama ez dira bat etorriko. Batzuetan, familiak esku hartuz gero, gerta daiteke arazoaren norabidea aldatzea eta konpontzea. Hala ere, paradoxikoa izan arren, arazoa konpontzeko saio askoren erruz, egoera mantendu edo okertu egiten dute, nahiz eta helburua hori ez izan.

Jokabide desegoki hauetako asko zamak eragiten ditu. Elikadura-jokabideen arazoak (beste edozein gaixotasun kroniko bezala) zama ikaragarria dira familiarentzat. Arazoek egonezina, babesik-eza, frustrazioa, kezka, errua, tristura eta beste hainbat sentimendu ekartzen dituzte. Familia isolatuz joaten da, arazoan zentratzen, bazterketari eta errudun sentitzeari beldurra diolako ("zer esango ote dute guru buruz?"). Horren ondorioz, familiako eztabaidak, liskarrak eta tentsioa areagotu egiten dira. Guztiak biktima bilakatzen dira. Guztiak sufritzen dute. Horregatik, oinarritzkoa da familiarekin lan egitea, errugabe sentitu ez dezan eta familiaren harremanak normaldu, indartu eta berriz eraiki daitezten. Era honetara familiako giroa oxigenatu egingo da.

Ikusi dugun bezala, aldagai askok dute eragina gaixotasunaren sorreran. Guztiarekin ere, argi dago eragile soziokulturalek garrantzi handia dutela horretan.

Azken urteotan gizartearen presioa gizonentzat ere gero eta handiagoa izan arren (Bigorexia), argaltasunak eragin handiagoa izan du emakumeengan, eta gaur egun ere presioa askoz handiagoa da emakumeentzat gizonentzat baino. Garailea izan nahi baduzu, gizarteak argal egotea eskatuko dizu; gainera ez edonolako argaltasuna, bai-zik eta gorputz asexuatua, zorrotza... (emakumearena barik, neskatoarena ematen duen gorpuzkera). Gaur egungo gizarteak oso barneratuta ditu irizpide horiek eta gazteengan bereziki eragin handia dute.

Moda honen atzean "argaltasunaren industria" dago. Interes ekonomikoak bultzatuta mugitzen den industria horri badirudi ondorio larriak ez zaizkiola batere axola. Industria

horrek iragarkiez bonbardatzen gaitu: dieta miragarriak eskainiz, "light" izeneko produktuak, etab. Gainera, zoriontasunaren gakoa zera dela diote: emakumeek gorputz arga-lortzea eta gizonek gorputz gihartsua eta atletikoa.

Beraz, orain arte esandakoa laburbilduz, esan genezake Elikadura-jokabideen Arazoek eragile asko dituztela eta aintzat hartu behar direla gizabanakoaren ezaugarriak, familiarenak eta gizartearenak. Arreta berezia jarri behar diegu mutil eta neska gazteei; janariarekiko nolako jarrera duten aztertu, sentimenduekin adi egon eta euren gorputzarekin ea gustura dauden jakin. Prebentzio-programa zorrotzagoetan lan egin behar dugu, hainbat norabidetan: jende makalenari arreta eskaini; arazoak lehenbailehen aurkitu; elikadura egokia (ez gehiegi, ez gutxiegi) zer den hobeto azaldu; emakumearen eginkizunaren inguruan lan egin (gorputzean oinarritu beharrean); emakumearen irudia gizartearen bultzatu, emakumearen benetako gorputza nolakoa den kontuan harturik; familiek dituzten zereginetan eta premietan lagundu; etab. Eta batez ere, tratamenduari dagokionez, ez ibili gaixotasunaren arazoak eta errudunak bilatzen. Arriskuan gaudela edo inguruko norbait arriskuan dagoela susmatzen dugunean, berehala profesional espezializatuak laguntasuna eskatu. Profesional egokirik ezagutu ezik, familiei eta gaixoei laguntzeko dauden elkarteetara jo, gomendio egokiak eman diezazkiguten. Eta jakina, profesionalen kasuan behar-beharrezkoa da talde multidisziplinarra (psikiatra, endokrinoa, elikadura arloko medikua eta psikoterapeuta), sarean lan egiten dakiena eta banaka zeregin espezifikoak ezagutzen dituenak.

1.2) EJA-EI BURUZKO ARGITALPEN ZIENTIFIKOAK:

1.2.1) NORTASUNA ETA EJA

Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.

Laburpena: Artikulu honetan errebisioa egiten zaio elikadura-jokabideen aldaketen eta nortasun-arazoaren arteko komorbilitatearen* oraingo egoerari. Nortasunaren arazoek itzala egiten diote nerbio-anorexiaren eta bulimiaren iragarpen terapeutikoari. Anorexiaren kasuan C* taldeko arazoak dira ugariak, batez ere obsesio, ihes egiteko eta menpeko arazoak. Bulimiaren kasuan, aldiz, egoera kliniko aipagarrienak inpulsibotasun-anitza* eta muga-arazoa* dira. Azkenik, ikerlan hauek ikerketaren aurrerapenean dituzten inplikazioez hitz egiten da.

Espina, A. (2003). Eating Disorders and MMPI Profiles in a Spanish Sample. *European Journal of Psychiatry*. 17(4), 201-211.

Laburpena: Ikerketa honek Elikadura-jokabideen Arazoak (EJA) dituzten gaixoen profilak alderatzen ditu. Honako metodologia hau erabili zuten: MMPI* nortasunari buruzko galdeketa 566 itemeko bertsioa eman zieten 234 emakumeri. Emakumeen artean 112ri nerbio-anorexia murriztailea diagnostikatu zieten (NAM); 35i nerbio-anorexia bulimikoa (NAB); 53ri nerbio-bulimia (NB); eta horien artean 34 emakumez osatutako kontrol-talde* bat zegoen, hauek ez zuten inolako diagnosi patologikorik. Emaitzak: EJA diagnostikatutako taldekoek kontrol-taldekoek baino psikopatologia indize nabarmenagoa erakutsi zuten. EJA diagnostikatutako gaixoen artean, jokabide purgagarriak zituzten gaixoek erakutsi zituzten psikopatologia indize handienak. Emaitza hauek aurrez egindako ikerketekin bat datoz, eta zera adieraztera datoz: Elikadura-jokabideen Arazoen tratamendua osatu egin behar dela gaixoaren psikopatologian eragina izango duten interbentzioekin.

Grijalvo, J., Insúa, P., Marañón, I., Iruín, A. y Aparicio, M.A. (2003). Rasgos de personalidad de pacientes de un programa específico de Osakidetza en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Osakidetzako elikadura-jokabidearen nahasteen tratamendurako berariazko programan tratamenduan dauden pazienteen nortasun-ezaugarriak *Uztaro*, 45, 91-100.

Laburpena: Ikerketa honetan Elikadura-jokabideen Arazoak zituzten 74 gaixoren nortasun-profilak alderatu zituzten (17k nerbio-anorexia murriztailea zuten; 9k nerbio-anorexia purgatzaila; 2k nerbio bulimia ez purgatzaila; 28k nerbio-bulimia purgatzaila eta 18k Elikadura-jokabide Arazo ez espezifikoak). Emaitzek adierazi zuten, nahiz eta gaixoen artetik %75ak nortasun arazo bat izan, taldeen artean ez zegoen nortasun estiloekiko desberdintasun nabarmenik. Laginean agertu ziren arazo gehienak hauek izan ziren: pasibo-erasotzailea, eskizoidea eta iheslea.

Marañón, I., Echeburúa, E. y Grijalvo, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: a pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12, 217-222.

Laburpena: Ikerketa honen helburua da Nortasunaren Arazoen eta Elikadura-jokabideen Arazoen (EJA) arteko komorbiditatea neurtzea, eta aldi berean EJAen azpimoten nortasun-ezaugarri nagusiak erabakitzea. EJA diagnostikatutako 66 gaixoren profilak aztertu zituzten, "International Personality Disorders Examination" (IPDE) erabilita. Laginaren %51,5ak nortasun arazo bat (gutxienez) diagnostikatzeko baldintzak bete zituen. Nerbio-anorexia purgagarriak izan zuen eraginik handiena. Hauek izan ziren Nortasunaren Arazo ugariak: Obsesibo-Konpulsioa, Iheslea, Menpekota, Border-Line eta espezifikatu bakoa. Emaitzak ikusita antzematen da EJAei aurre egiteko, azpiko nortasun arazo-erakunde aurre egin behar zaiela.

* *Lan hauek ez dira oraindik argitaratu:*

Marañón, I., Echeburúa, E. y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7.

Marañón, I., Echeburúa, E. y Grijalvo, J. (2007). Do the IPDE and the MCMHI asses the same personality disorders in patients with eating disorders? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7.

1.2.2) EJA ETA FAMILIAKO ERAGILEAK

Espina, A.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*. 11(5), 349-362.

Laburpena: Ikerketa honek Elikadura-jokabideen Arazoak dituzten nesken guraso-bikoteen doikuntza diadikoa* aztertu zuen. Metodoa: 147 bikoteko lagina hartu zuten; horietako 74k EJA zituen alaba bana zuten: 20k Nerbio-anorexia Murriztailea (NAM); 23k Nerbio-anorexia Bulimikoa (NAB) eta 31ek Nerbio-bulimia (NB). Era berean, bi kontrol-talde ere bazeuden: 41 bikotek ez zuten patologiarik itxura batean (JN taldea) eta 32 bikotek bazituzten patologia (JNP taldea). Jendeari galdera-sorta hauek egin zizkieten: GHQ-28, DAS, BDI eta SAS*. EJA zituzten gurasoek doikuntza diatiko askoz okerragoa erakutsi zuten, kontrol-taldeko gurasoekin alderatuta. Antsietatea eta depresioa gainditu ondoren, NAM eta NB zuten nesken amen asetasun diatikoa txikiagoa izan zen, patologiarik gabeko kontrol-taldeko amena baino. Kohesio diatiko txikiena NAB zuten nesken amek erakutsi zuten; eta doikuntza orokorraren indizea txikiagoa izan zen NAB eta NB zuten taldeetako amen artean, patologiarik ez zuten taldean baino. Aurkikuntza hauen arabera, esan genezake gurasoak direla EJAen eragileak. Izan ere, doikuntza diatiko txikiaren arrazoia familiaren zama izan daiteke. Hala ere, ematen du EJAen tratamendua osatu egin behar dela, gurasoen doikuntza diatikoan eragina izango duten interbentzioekin.

Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders: Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*. 55(6), 553-560.

Laburpena: Ikerketa honen helburua izan zen EJA zituzten nesken gurasoen alexitimia* aztertzea eta, aldi berean, alexitimiak eta nortasunaren eta psikopatologiaren ezaugarriak dituzten zerikusia aztertzea. Horretarako galdera-sorta hauek eman zitzaizkien EJA zituzten 73 nesken gurasoei: TAS-20, EPQ, BDI eta SAS. 20 neskek Nerbio-anorexia Murriztailea (NAM) zuten; 23k Nerbio-anorexia Bulimikoa (NAB) eta 30ek Nerbio-bulimia (NB), eta 72k ez zuten arazorik. EJA zituzten nesken gurasoek kontrol-taldekoekin baino puntu-kopuru handiagoak lortu zituzten TAS-20 galdera-sortan. Puntu-kopuru hauek neurotizismoari*, antsietateari eta depresioari loturik zeuden. EJA dituzten nesken gurasoen ezaugarria izan daiteke alexitimia, hala ere baliteke une berezi batean estresak eragindako egoera izatea. Alexitimia kontuan har daiteke guraso hauei emozioak adierazten laguntzeko garaian.

Ochoa de Alda, I. (2002). Características de personalidad, psicopatológicas y ajuste diádico en padres de hijas con un trastorno alimentario.

Laburpena: Lan honetan nortasunaren eta psikopatologiaren ezaugarriak eta doikuntza diatikoak dituzten desberdintasunak aztertu ditugu, elikadura arazoak dituzten nesken gurasoen artean eta kontrol-taldearen artean (hauek ez dute patologia fisiko ez psikiko larririk). Bi mailatan alderatu ditugu. Lehenengo eta behin elikadura arazoak dituen taldea eta kontrol-taldea alderatu ditugu. Ondoren, gauza berdinak alderatu ditugu 5 taldeen artean (nerbio-anorexia murriztailea, nerbio-anorexia bulimikoa, nerbio-bulimia, kontrol arrunta eta patologia arinaren kontrola). Aldagai hauek aztertu genituen: depresioa (beck depresión inventory); antsietatea (Self-rating anxiety scale); janariarekiko jarra (eating attitudes test); nortasuna (Eysenck personality questionnaire-adult); doikuntza diadikoa (Dyadic adjustment scale). Elikadura arazoak zituztenen eta kontrol-taldekoen artean desberdintasunak egongo ziren susmoa genuen eta emaitzek hori erakutsi zituzten. Elikadura arazoak zituztenen guraso-taldeen kontrol-taldeen baino psikotizismo, neurotizismo, antsietate eta depresio handiagoa erakutsi zuten, eta bikotearekiko moldaketa kaxkarragoa. Lan honen ondorioek erakusten digutenez, gurasoen nortasunak (neurotizismoak, psikotizismoak...)* antsietateak eta depresioak, zein bikotearekiko moldaketa kaxkarrak, eginkizun garrantzitsua izan dezaketela Elikadura Arazoaren etiologian*. Hala ere, kontuan hartu behar da alabak EA izanez gero, arazo horiek larritu egin daitezkeela. Elkarren arteko harreman-sistema interdependentea izango litzateke, eta elikadura arazoaren sorreran eta iraupenean eginkizun garrantzitsua izan dezake.

Ochoa de Alda, I., Espina, A., Ortego, M.A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17(2).

Laburpena: Ikerketa honen helburua da nortasuna, antsietatea eta depresioa aztertzea, bai elikadura arazoa (EA) duten gaixoen gurasoen artean bai kontrol-taldean. Honela osatu genuen lagina: alde batetik, DSM-IVren arabera EA zituzten neskez eratutako 100 familia -aita, ama eta alaba- (32 nerbio-anorexia murriztailedunak, 31 nerbio-anorexia bulimikodunak eta 37 nerbio-bulimiadunak); eta, beste alde batetik, 90 familiaz osatutako kontrol-taldea. Pertsonak ebaluatzeko hiru bide erabili zituzten: Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), Beck Depression Inventory (BDI) eta Self-Rating Anxiety Scale (SAS). Emaitzak: Bi gurasoen puntu-kopuru handiagoa izan zuten antsietateari, depresioari, neurotizismoari eta psikotizismoari dagokionez. Emaitza hauek familiaren zamari loturik egon daitezke, baina alaba gaixotu aurrekoak ere izan daitezke, eta eginkizun etiologikoa izan dezakete patologia. Bi kasuetan elikadura arazoaren tratamendua hobetu egin liteke, familiaren zama arinduz eta gurasoen nortasunaren ezaugarrietan eraginez.

Perera, J. (2002). Características familiares en los TCA: anorexia y bulimia nerviosa.

Laburpena: Ikerketa honen xedea da: elikadura arazoak dituzten neska-mutilen familien familia-ezaugarriak (FES) aztertu eta arazorik ez duten familiekin alderatu. Aldi berean, aztertutako elikadura-arazoaren diagnosi-entitateen artean (anorexia murriztailea, anorexia bulimikoa eta nerbio-bulimia) ezaugarri desberdinik dagoen ikertzeko helburua ere badugu.

1.2.3) EJA ETA EMOZIO-ARAZOAK

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., y Alemán, A. (2002). Alexitimia en los Trastornos Alimentarios. *Análisis y modificación conductua*.

Helburua: TAS-20 galdeketa aurrean sortzen diren desberdintasunak alderatu, alegia elikadura-arazoak (EA) dituzten emakumeen eta kontrol-talde baten artean. Horretarako, alde batetik EA dituzten 145 emakumeko lagina hartu genuen (DSM-IV (APA, 1994) delako diagnosi-irizpideak kontuan harturik) [36 nerbio-anorexia murriztailedunak (NAM), 30 nerbio-anorexia bulimikodunak (NAB) eta 79 nerbio-bulimiadunak (NB)]; beste alde batek lagin hori kontrol-talde batez osatu genuen (65 emakumeko taldea zen eta aurrekoen antzeko ezaugarri sozioekonomikoak zituzten). Neurketa egiteko bi tresna erabili genituen: bata, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) eta bestea Eating Attitude Test (EAT). Emaitzak: gorputzaren masaren indizea (GMI) kontrolatuz, konturatu ginen EA dituzten gaixoek puntu gehiago dituztela TAS-20an eta 1 eta 2* eragileetan, eta baita ere alexitimika portzentia handiagoa kontrol-taldean baino. Hala ere, ez genuen desberdintasunik aurkitu EA dituzten taldeetan, item batzuetan salbu eta TAS-20aren 1 faktorean izan ezik. Gure emaitzek aurreko ikerketen emaitzak baieztatzen dituzte, alexitimia maiztasun handiagoa erakusten dutelako (EA dituztenek emozioak kognitiboki prozesatzeko zailtasun espezifikoak eta maila horretan ahalegin terapeutikoa egiteko premia).

Espina, A.; Joaristi, L.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I.; Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*. 36(2), 321-331.

Laburpena: Ikerketa honen helburua zen alexitimiaren azterketa eta era berean Elikadura-jokabideen Arazoetan alexitimiak antsietatearekin eta depresioarekin duen zerikusia ikertzea.

EJA zituzten 151 emakumeri eta 43 emakumez osaturiko kontrol-taldeari hiru galdera-sorta eman genizkien: TAS-20; BDI eta SAS. Elikadura-arazoak zituen taldea honela zegoen eratuta: 25 emakume Nerbio-anorexia Murriztailedunak (NAM), 44 Nerbio-ano-

rexia Bulimikodunak (NAB) eta 82 Nerbio-bulimiadunak (NB). EJA zituzten gaixoeek kontrol-taldekoek baino alexitimia maila handiagoa zuten. Dena den, antsietatea eta depresioa kontrolatu ondoren, bi taldeen arteko desberdintasunak desagertu egin ziren. Depresioak eta antsietateak aurreikusi eta korrelazioan jartzen dute alexitimia (depresioa eta antsietatea zenbat eta handiagoa izan, alexitimia maila ere handiagoa izango da). Ondorioak aurreko emaitzekin bat datoz eta pentsarazten digute alexitimia antsietatearekin eta depresioarekin zuzenean lotuta dagoela, eta EJA dituzten gaixoen ezaugarri bat eta egoera bat izan daitekeela.

1.2.4) EJA-ETAN EGINIKO ESKU-HARTZEAK

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., y Alemán, A. (2001). Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios.

Helburua: Gorputzari buruzko irudiaren desorekaren eraginkortasuna bi esku-hartzetan ikertu: familiaren terapia sistematikoa (FTS) eta familiarentzako laguntza-taldea + gaixoentzako talde-terapia (GAP+TT). Ikerketa hau elikadura arazoak (EA) zituzten gaixoen artean egin zen, anbulatorioan zaintzen zituztenen artean alegia, esku-hartzearen amaieran. Laginerako elikadura arazoak zituzten 71 gaixo hartu genituen (DSM-IV izeneko diagnosi eta estatistika gidaliburuaren irizpideak jarraituz, desoreka mentalei buruzkoa; laugarren edizioa, American Psychiatric Association, APA, 1994). Gaixoei era aleatorioan eman zitzaizkien tratamenduak (aukeraketa zoriz egin zela itxura eginez). Azterketa elkarriketen bidez egin zen, Body Shape Questionnaire eta Eating Disorders Inventory erabiliz tratamenduaren hasieran eta amaieran (gorputzarekin zenbateraino ez gauden pozik neurtzen du bigarrenak). Bi tratamenduak eraginkorrak izan ziren gorputzari buruzko iritzia hobetzeko. FTSk GAP+TTk baino emaitza txikiagoa lortu zuen, batez ere nerbio-bulimia (NB) zuten gaixoen artean. Emaitzak ikusita, esan daiteke era honetako esku-hartzeak eraginkorrak direla EA dituzten gaixoei (anbulatorioan zaintzen dituztenak) gorputzari buruzko iritzia hobe dezaten.

Espina, A.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I. (2002). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en psicopatología y ajuste social.

Helburua: Bi esku-hartzeren eraginkortasuna ikertu: familiaren terapia sistematikoa (FTS) eta familiaren laguntza-taldea + gaixoentzako talde-terapia (GAP+TT). Ikerketa hau elikadura arazoak (EA) zituzten pazienteen artean egin zen (anbulatoriokoetan), urte betera. Elikadura arazoak zituzten 71 gaixoren artean egin zen ikerketa (DSM-IV izeneko diagnosi eta estatistika gidaliburuaren irizpideak jarraituz, desoreka mentalei buruzkoa; laugarren edizioa, American Psychiatric Association, APA, 1994). Gaixoei era aleatorioan

eman zitzaizkien tratamenduak (aukeraketa zoriz egin zela itxura eginez). Ebaluazioa egiteko elkarrizketak eta norberen buruari egindako galdeketa erabili ziren; zenbait gauza tratamenduaren hasieran eta amaieran ebaluatu zituzten. Emaitzak ikusita, esan daiteke bi tratamenduak eraginkorrak izan zirela urte beteko epean elikadura-sintomak murrizteko. FTSk GAP+TTk baino gehiago murriztu zituen elikadura-sintomak, batez ere nerbio-bulimia (NB) zuten gaixoen artean. Beraz, ondorioak ikusita, era honetako esku-hartzeek EA dituzten gaixoen (anbulatoriokoen) elikadura-jokabidea hobetzen dutela esan daiteke..

Espina, A.; Joaristi, L.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I. (2003). Trastornos alimentarios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. Un estudio exploratorio. *Estudios de Psicología*. 24(3), 359-375.

Laburpena: Ikerketa honetan bi esku-hartzeren eraginkortasuna aztertu zuten: Familiaren Terapia Sistemikoa (FTS) eta Gurasoentzako Laguntza-taldeak gehi Talde-terapia. Urte beteko epean, Elikadura-jokabide Arazoak zituzten gaixoen MMPI galdera-sorta erantzun ondoren agertutako nortasunaren profilak aldatzeko (murrizteko). 46 emakumez osatutako lagina hartu zuten: 8 Nerbio-anorexia Murriztailedunak (NAM); 15 Nerbio-anorexia Bulimikodunak (NAB) eta 23 Nerbio-bulimiadunak (NB). Gaixoei era aleatorioan eman zitzaizkien tratamenduak eta MMPI galdeketa egin zitzaizen hasieran eta amaieran. Bi esku-hartzeek nabarmen gutxitu zituzten tratamenduaren ondorengo MMPIko puntu-kopuruak, baina ez ziren gai izan galdeketa eskala guztiak normaltzeko adinakoak, terapiak laburrak izan zirelako. Familiaren Terapia Sistemikoa Gurasoentzako Talde-terapiak + Talde-terapiak baino murrizketa nabarmenagoak lortu zituzten, batez ere Nerbio-bulimia kasuetan. Lortutako emaitzek diotenez, esku-hartze hauek eraginkorrak dira EJA dituzten gaixoen nortasuna hobetzeko.

Grijalvo, J., Insúa, P. e Iruín, A. (2001). Un modelo grupal para el abordaje de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria atendidos en un servicio público de salud mental extrahospitalario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. *Psiquiatría Biológica*. 8(2)

Laburpena: Azterketa honen helburua da taldean aurre egiteko eredu bat frogatzea, desoreka hauetarako espezifiko izango dena (elikadura-jardueren arazoak tratatzeko programa espezifiko baten barruan egongo litzateke eta tratamendu plan-orokor eta indibidualizatu baten barruan koordinatua). Gaixoen eta metodoa: urte beteko iraupena izango lukeen psikoterapia-taldea aurkeztuko da; nerabezaroan dauden emakumeak lirateke (8 emakumez osatutako taldea; batz best 16 urtekoak; 2 urteko bilakaera batz best; %63k porrot egin dute aurreko tratamenduetan). Neurketa egiteko honako tresnak erabili dira CGI*, EEAG*, aldaketa-aldia, SCL 90, EAT, EDI II eta gaixotasunaren beste ezau-garri kliniko batzuk. Ebaluatzeko 2 * 2 diseinu-faktore mistoa egingo da. Taldeko giroak

arazoei buruz hitz egitea errazten du eta hazkunde-pertsonal ahalbideratzen du, introspektiborako gaitasuna handituz eta oldarkortasuna gutxituz. Era berean, zenbait obsesio txiki egiten ditu: argaltasunari buruzkoa, gorputzarekin pozik ez egotea, gizartearen aurrean eraginkorra ez izatea, segurtasunik-eza eta heldutasunari zaion beldurra. Kontrol-taldeari erreparatuz zenbait ondorio atera daitezke: jende gehiagok egiten du ihes, zerikusia duten arrisku gehiago antzematen da (organiko-psikosomatikoak) eta bilakaera konparatibo defizitarioagoa antzematen da. Taldeko esku-hartzeak tratamenduak optimizatzeko aukera ematen digu, helburu izango den giza taldeari egokitzeko.

1.3) EJA-EI BURUZKO DIBULGAZIOA:

1.3.1) IRAKURGAIAK:

Liburua "Ni nire buruaren aurka". Amaia Arroyok idatzi du (anorexiak jotako gaixoa da eta gaixotasunarekin bizi izan duen esperientzia pertsonala kontatzen du).

1.3.2) EJA ESKULIBURUAK:

Grijalvo, J., Insúa, P., Marañón, I., Iruín, A. (2004). Guía para atención primaria: tratamiento y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. Donostia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Maganto, C., Ruiz, O. y Del Río, A. (2000) Guía de trastornos de la alimentación. Ed. Ayuntamiento de San Sebastián. San Sebastián. Depósito legal: SS-1191/00. Nº de pág. 38.

1.3.3) JARDUERA DIBULGATIBOAK:

Anorexiaren eta bulimiaren aurkako elkarten Estatu mailako V. Biltzarra. Donostia, 2002ko azaroak 1 eta 2.

E.H.Uko udako ikastaroa (2003). Irakaslea: Pedro Manuel Ramos. Elikadura-jokabideen Arazoak.

Kutxak eta gazte-gelak babestutako jardunaldiak "Nola bizi ditu familiak elikadura-jokabideen arazoak?" + Elikadura eta osasuna gaztaroan. 1998/99.

Osasuntsu bizitzeko hezkuntza-monografikoa (Elikadura-jokabideen Arazoak). 2000ko iraila. Acabek Zarautzeko Gurutze Gorriko hezitzaileentzat prestatua. Helburuak: EJA definitu, pisua galtzeko normalak ez diren estrategiak erabiltzeak dakartzan kalte fisikoak, aurretiko joerak, eragileak eta EJA luzatzen dituzten faktoreak. EJA prebenitzea eta garaiz harrapatzea.

Elikadura-jokabideen Arazoei buruzko ikastaroak; "D'elikatuz Bizi"k; AVAPSIk eta Euskal Herriko Unibertsitateak antolatutakoak. Donostia, 2006ko urritik abendura.

Doako Terapia. Prestakuntza testuinguruetan AVAPSIk eskainita.

Elikadura osasungarriari buruzko hezkuntza-kanpaina, "Saluda a la vida".

<http://www2.cajavital.es/salud/>

Elikadura-jardueren Arazoei buruzko telefono bidezko aholkularitza, D'elikatuz.
943326250.



2

OBESITATEA

2) OBESITATEA

2.1) OBESITATEA SARRERA

D SARRERA:

XX. mendearen amaierako gizartearen ezaugarrietako bat irudiaren kultura edo gorputza gurtzea izango litzateke.

Mendebaldean argaltasuna mirestu egiten dugu eta bien bitartean obesitateak gora egiten du, ikuspuntu metabolikotik patologia nagusietako bat bihurtu da.

Gure artean %15eko eragina du nagusiengan eta %4,5koa haurrengan.

SEEDOk (obesitatea ikertzeko Espainiako elkarte) proposatzen duen bezala, gaixotasun kronikotzat hartu behar da.

D KONTZEPTUA ETA SAILKAPENA:

Gorputzaren gantza handitzea litzateke. Hala ere, patologia honi gehien loturiko irizpide klinikoa pisua handitzea litzateke.

Gaur egun gorputz-masaren indizeak (GMI) adierazten du obesitate neurria; gorputzaren pisuaren (kilotan) eta garaieraren (metro koadrotan) arabera izaten da.

$$\text{IMC} = \text{Pisua (Kg.)} / \text{Garaiera (m)}^2$$

I Taula

Normaltasuna: GMI= 20-25 kg/m ²
I. mailako obesitatea (gainkarga) – GMI = 27-29.9 kg/m ²
II. mailako obesitatea: GMI = 30-34,9 kg./m ²
III. mailako obesitatea: GMI = 35-39.9 kg/m ²
IV. mailako obesitatea (morbidoa) – GMI > 40 kg/m ²

Hala ere, obesitatea era egoki eta zehatzean diagnostikatzeko beharrezkoa da gorputzaren osaketa eta gantz portzentaia adieraziko digun analisi antropometrikoa. Honela, gizonezkoetan gorputz konposaketaren %25a eta emakumezkoetan %33aren gaineko gantz portzentaiek obesitatea adierazten digute. Gantz banaketaren balio normalak ordea gizonezkoentzat %12-20 eta emakumezkoentzat %20-30 bitartean kokatzen dira.

Ezin dugu ahaztu azken urteotan oinarritzotzat jo den gauza bat: gerri/mokor indizeak gorputzeko gantzaren banaketa morbidotasunaz lotzen duela (azken hau patologia honen ezaugarri bat da).

Gauzak horrela, 1 baino indize handiagoa duten gizonezko gaixoez eta 0,9 baino indize handiagoa duten emakumeek, gantzaren banaketa androidea dute. Banaketa honek lotura zuzena du patologia kardiobaskularrekin eta metabolismoaren desorekekin.

Bestalde, 1 baino banaketa txikiagoa duten gizonek eta 0,9 baino txikiagoa duten emakumeek, banaketa ginoidea izango dute. Kasu honetan joera dago hanketako zainetan patologia izateko eta arazo mekaniko osteoartikularrak izateko.

D HAURTZAROKO ETA PUBERTAROKO OBESITATEA:

Edozein adinetan ager daiteke. Bizitzako lehen urtean agertu arren, ez du baldintzatu nahitaez nagusitan izango duen bizimodua.

Badago agertzeko bigarren aldi bat: 4 eta 11 urte bitartean izaten da. Adin horretan gorputzaren gantz kopurua normaltasunaren muga gainditzeraino era progresiboan hazten bada, baliteke adipozitoen gorakada (Hiperplasia) ere gertatzea eta bizitza osoan irautea.

Pubertaroa, nesken artean batez ere, obesitatea agertzeko garaia izaten da eta ohi-koagoa izaten da alde zuzenetik menarkia izaten dutenetan.

D NAGUSITAN:

Obesitatea bizimodu aldaketekin batera etortzen da; gizonen kasuan lanean hasi eta jarduera fisikoa egiteari uzten diotenean, sedentarioagoak egiten direnean; emakumeen kasuan, ordea, haurdunaldiak une oso garrantzitsuak izaten dira.

D ETIOPATOGENIA:

Gaur egun jakin badakigu obesitatearen garapena faktore askoren menpe dagoela. Batzuk aurretiko joerak izaten dira: genetikoak eta biologikoak (azken urteotan aurkituz joan dira). Horien artean geneez gain, leptina halako hormonak, UCP1 eta UCP2 pro-

teina desakoplatzaileak, neuropeptidoa, serotonina, kolekistokinina, etab. Hauek hobetu ezagutuz, hainbat gauza hobeto ezagutu genezake: gosearen kontrola, energia-gas-tua eta elikadura-jokabide batzuk, besteak beste. Beste batzuk eragileak edo erraztaileak dira: giroarekin loturikoak, kulturalak, familiarekin zerikusia dutenak, lanarekin, psikologiarekin loturikoak, etab.

Joera-faktoreak eta faktore-eragileak elkartzen direnean, patologia hau agertzen da.

D OBESITATEAK EKARTZEN ARAZOAK:

Gaixotasun asko dago obesitatearekin loturik eta zenbait ikerketek agerian utzi zuten gizentasunarekin lotutiko gaixotasun batzuen Arrisku Erlatiboa (AE).

Gauzak honela, AE askoz handiagoa da ($AE > 3$) gaixotasun hauetan: diabetean, behazun-maskuriaren gaixotasunean, dislipemietan, insulina hartzeko arazoak dauden kasuetan, hiperbentilazio sindromean, loaren apnea sindromean.

AE nahiko handiagoa da ($AE = 2-3$) bihotzeko gaixotasunetan, arterietako hipertentsioan, belauneko osteoartritian, hiperurizemian eta hezuerian.

AE pixka bat handiagoa da ($AE = 1-2$) menopausia igaro eta bularreko minbizia duten emakumeen kasuan, minbizi endometrialean eta kolonekoan, obulutegi polimikrokistikoaren sindromean, hiperandrogenismoan, ugalkortasun gorabeheretan, lunbalgian, arrisku anestesikoaren gorakadetan eta fetu-arazoetan.

D PREBENTZIOA:

Horretarako, gaixotasun honen garapena errazten duen bizitza-estiloa aldatzeko estrategiak erabiliko ditugu. Bide honetan, hezkuntza garrantzi handiko tresna da gizarte osoarentzat eta bereziki haurrentzat eta nerabeentzat.

Beraz, mezu hauek zabalduko ditugu:

:: 1^o. *Sedentismoaren aurka borrokatu*: Ariketa fisikoa bultzatu (egoera bakoitzerako bidezkoa eta egokia). Osasun arlotik, hezkuntzatik eta hainbat komunikabidetatik emango da bultzada.

:: 2^o. *Elikadurari buruzko ezagutza hobetu*: Inguruko eta sasoiko jaki naturalen kontsumoa sustatuz, era askotara prestatutako janariak eta koipeki saturatu gutxi dituztenak kontsumituz.

:: Aldez aurretik prestatutako janari-kontsumoa kontrolatu egin behar da eta ahal dela norberak prestatu.

Era berean, garrantzitsua da jatorduei denbora eskaintzea eta ordutegiak zaintzea.

Zentzu honetan, bi arazo aurkitzen ditugu gure inguruan:

:: 1º Gosaria: Askotan, eta batez ere haurtzaroan eta nerabezaroan, ez duela behar adina energia eta elikagai ikasketa edo lanaldiari aurre egiteko, eta ez diogula behar adina denbora eskaintzen.

:: 2º Bazkaria: Gero eta beranduago jaten da. Gehien bat nerabeen kasuan, horren arrazoi nagusia da ikastetxeetan etenik gabeko ikastaldia ezarri dutela. Hau dela-eta, gazteek "edozein gauza" jaten dute goizean zehar eta bazkaria berandu iristen denez, ez da behar bezain "osoa".

lkerketak egin beharko genituzke jakiteko ea ordutegi desorekatuek zein eragin duten gazteen gizentasunean.

D TRATAMENDUA:

Obesitatearen aurkako tratamendu bat hasterakoan kontuan hartu beharko genuke gaitasun kroniko bat dela eta tratamenduaren oinarria elikadura osasungarriaren inguruko aholkuak direla.

Gaixo bakoitzaren kaloria-premiari bakarka erantzun behar zaio, eta gauza bera elikadura-ohiturei, zaletasunei, elikagai-gabeziari eta egoera fisiologikoei zein patologikoei dagokionez. Gaixoaren sedentarismoa gutxitzen saiatuko gara, ariketa fisikoa era erregularrean eginez, bere gaitasunari, lanari eta familiarri egokituz.

Aldaketa hauek lortzeko psikologoaren eta psikiatren laguntasuna behar izaten da batzuetan; hauek jokabidea aldatzeko teknikak erabiliz, emaitza hobek lortzen dituzte.

Baliteke farmakologiaren laguntasuna ere behar izatea. Gaur egun oso portaera desberdina duten bi botika ditugu.

:: *ORLISTAT*: elikagaien xurgaketa selektiboan esku-hartzen du.

:: *SIBUTRAMINA*: akzio zentralean eragiten duen anorexigenoa da.

Obesitate morbidoaren aurkako tratamenduek ez dutenean ongi erantzuten, kirurgia egiteko aukera egoten da.

2.2) OBESITATEARI BURUZKO ARGITALPEN ZIENTIFIKOAK:

Aranceta, J.; Pérez, C.; Serra, L.; Ribas, L.; Quiles, J.; Vioque, J.; Tur, J.; Mataix, J.; Llopis, J.; Tojo, R.; Foz, M. (2003). Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Medicina Clínica*.

Laburpena: Obesitatea osasun-arazo larria da garatutako herrialdeetan, horregatik oso garrantzitsua da zein neurri duen jakitea eta zeintzuk diren arriskuan dauden taldeak. Ikerketa honen helburua da Espainiako nagusien artean obesitatearen iraupena neurtzea, garaiera eta pisua neurtuz. Metodoa: Laginerako 25 urtetik 60 urtera bitarteko 9885 pertsona aukeratu zituzten era aleatorioan. Jatorriz Andaluziakoak, Balearretakoak, Euskal Herrikoak, Kanarietakoak, Kataluniakoak, Galiziakoak, Madrilekoak eta Valentziakoak. 1990 eta 2000. urtearen artean erantzun zieten elikadurari buruzko galdeketei. Lan honetarako bereziki trebatutako begiraleek neurtu eta pisatu zituzten guztiak, neurketa-tresnak eta metodo estandarizatuak erabiliz. Neurketak bildu eta pisatu egin zituzten, 25 urtetik 60 urtera bitarteko Espainiako populazioaren banaketa kontuan harturik. Obesitatea honela definitu zuten: Gorputz Masaren Indizea ≥ 30 kg/m². Inkestetan erabilitako protokoloak Obesitatea Ikertzeko Espainiako Elkarteak (SEEDO) Obesitatea Ikertzeko emandako aholkuei jarraituz egin ziren, hartara obesitatearen iraupena neurtu zuten populazio azterketetan. Emaitzak: Obesitatearen iraupena Espainiako populazio helduan %14,15 zen (%95 CI, %13.93-15.07); emakumeetan handiagoa %15,75 (%95 CI, %14.89-16.61), gizonetan %13,39 (%95 CI, %11.84-14.94) (*2 = 12.470; p = 0.000). Obesitatearen iraupena handitu egiten zen adinarekin, bai gizonetan bai emakumeetan. Indizerik handienak 55 urtetik gorako taldean aurkitu zituzten (bi sexuetan), %21.58 (%95 CI, %18.68-24.48) gizonetan eta %33.9 (%95 CI, %32.73-35.07) emakumeetan. Ondorioa: Obesitatea osasun-arazoa da Espainiako populazioaren estratu garrantzitsu batentzat. Osasun Publikoan izan dezakeen eragina kontuan harturik, arriskuan dauden pertsonak garaiz harrapatzeko eta tratatzeko estrategia eraginkorrak diseinatu beharko lirateke. Horrez gain, prebentzio-programa egokiak ere eratu beharko lirateke.

ElBusto, A. (2000). Valoración de la eficacia de un tratamiento multidisciplinario en un grupo de pacientes obesos con IMC ≥ 35 y alteración de la función pulmonar. *Archivos de Bronconeumología*. 2, 77-83.

Laburpena: Ikerketa honen helburua zen obesitatea diziplina anitzez tratatzea, eraginkorra den jakiteko. GMI ≥ 35 eta obesitateak baldintzaturiko edo horrekin loturiko arnasketa afektazioa zuen gaixo-taldea aukeratu zen ikerketarako. Metodoa: Arnasketa arazoak zituzten 40 pertsona gizen aukeratu zituzten (18 eta 60 urte bitartekoak). Arnasaren azterketa-funzionala egin, azterketa psikologikoa eta elikadura-azterketa egin

ondoren, obesitatearen tratamenduari hasiera eman zioten. Urte beteko tratamenduak dieta personalizatua eta psikologoaren laguntasuna ere bazuen. Hasieran astero egiten zitzairen jarraipena, baina gerora taldean egiten zen jarraipen hori. Emaitzak: %48,65ak 15 kilotik gora argaltzea lortzen du. Arnasketaren balio-funtzionalek alde handia dute tratamenduaren hasieran eta amaieran. Sindromeari buruz eta loaren apnari buruz ere beste horrenbeste esan daiteke. Sindromea kontrolatzeko aire-bideko presio-positibo iraunkorraren kopuruan ere alde handia dago. Argaldu ondoren, azido urikoa %89,61 normaltzen da eta glukosa eta odoleko triglizeridoak %50. Obeso larria identifikatzeko profil psikopatologiko berezirik ez dugu aurkitu. Dena den, bazituzten zenbait desoreka: antsietate-maila, janariarekiko jokabidea, bikotearekiko doikuntza eta euren gorputzari buruzko irudia. Ondorioak: GMI+=35 taldeko obesoen artean diziplina anitzeko Tratamendua eraginkorra da, bai pisua galtzeko, bai arnasketa hobetzeko eta baita ere loaren patologietarako.

Rocandio, A.M. (1991). La dieta absoluta en el tratamiento de la obesidad extrema. Resultados clínicos y bioquímicos a corto, medio y largo plazo. facultad medicina Bilbao.

Rocandio, A.M. Ansotegui, L., Arroyo, M. (2000). Relación entre el desayuno y la obesidad en escolares. *Revista clínica española*. (8): 420-3.

Laburpena: Osasun Publikoa oso kezkatuta dago umeen gosaltzeko ereduak direla-eta, gosariak eta eskolako etekinak zerikusia dutelako, eta gosariak eta obesitateak ere zerikusia izan dezaketelako. Metodoa: Ikerketa honetan gosariaren janari, energia eta elikagai kopurua neurtu zuten; ondoren, Gorputz Masaren Indizearekin (GMI, kg/m²) nolako lotura zuten aztertu zuten. 11 urteko 32 ikasleko lagina hartu zuten. Azterketa egiteko neurri antropometrikoak hartu zituzten eta, pisu idealaren metodoari jarraituz, astean zenbat janari jaten zuten neurtzeari ekin zioten. Emaitzak: Aztertutako haurren artean %46,9k behar baino pisu handiagoa zuten (90 pertzenteleko gorako pisua). Gosarian hartutako kaloria-proporzioa gomendatutakoa baino txikiagoa zen (%16,6). Gosariaren kaloria-porzentejaren eta eguneko energia eta GMIaren arteko erlazioa ez zen garrantzitsua. Hala ere, "fruta" taldearen (Pearson $r = 0.6286$) eta "proteinadun janariak" taldearen (Pearson $r = -0.7653$) artean eta GMIren artean korrelazio garrantzitsuak aurkitu zituzten. Gosariaren lipidoen kopuru orokorrak (%34,4) eta lipido saturatuek (%18,4) gainditu egin zituzten aholkatutako neurriak. Eztabaida: Lortutako emaitzak ziurtatzeko eta elikadura-hezkuntzaren inguruko programak diseinatzeko ikerketa gehiago behar dira.

Vázquez, J.; Galardi, E.; Arbonies, J.C.; Ibarrondo, I. (1994). Evaluación de la efectividad de un programa de ejercicio físico en la disminución del peso graso.

Atención Primaria. 14(4): 711-6. CS BERAUN.

Laburpena: Ikerketa honen helburua da pisua galtzeko bakarkako ariketa-fisikoa egiteko programa baten eraginkortasuna neurtzea. Metodoa: 32 eta 67 urte bitarteko gizon eta emakume obesoak aukeratu zituzten (era aleatorioan) gaixo kroniko guztien artetik. Bihotzeko gaixotasunen bat edo programaren martxa arriskuan jartzeko moduko beste gaixotasunen bat zuten gaixoak alde batera utzi zituzten. Sexua, adina eta gantz-portzentajea kontuan hartutik bi lagin hartu zituzten ($n_1=49$, $n_2=47$). Esku-hartzea: Ikerketak 6 hilabeteko iraupena izan zuen. Tarte horretan 3 neurketa egin zituzten. Esku-hartze Taldeari (ET) ibiltzeko esan zitzaion. Maiztasuna, distantzia eta ariketaren intentsitatea neurtzeko ordenagailuaz baliatu ziren. Neurketa bakoitzean pisua, garaiera eta azalaren 4 tolesdura neurtu zituzten datu hauek kalkulatzeko: Gorputz Masaren Indizea (GMI), koipe-portzentajea eta Koipe-masa. Emaitzak: Programaren harrera neurtzeko hobekuntza subjektiboa eta programaren onarpena hartu zuten aintzat. Azkeneko neurketan ETk GMIren %2.9 jaitea lortu zuen bataz beste, Kontrol-taldean ordea ez zen aldaketarik antzeman ($p < 0.001$). ETren koipe-masa %18 jaitsi zen; Kontrol-taldean, aldiz, %12 hazi zen. ETko 16 pertsonak (%32,7) koipe-masa %20 jaitea lortu zuen, Kontrol-taldean batek baino ez zuen lortu (%2.1) ($p < 0.0001$). ETko %93,9 pertsonek egoera fisikoren hobekuntza igarri zuten eta % 75,5ek egoera mentalarena ere bai. %67,3k astean hiru aldiz gutxienez kirola egiten zutela adierazi zuten. Ondorioak: Ariketa fisikoa egiteko bakarkako programen diseinuek eta ondorengo aginduek emaitza oso onak lortzen dituzte koipe-masa gutxitzerako orduan.

2.3) OBESITATEARI BURUZKO DIBULGAZIOA:

Ana ElBusto (2001-2006). Programa de información sobre la obesidad.

Laburpena: Esku-hartze didaktikoa Gipuzkoako ikastetxeetako Lehen Hezkuntzako Hirugarren Zikloko (10-12 urte) ikasleekin eta euren gurasoekin. Helburua: bi talde hauei egiazko eta egiaztatuko *informazioa* eskaini, elikadurak osasunean duen garrantziaz kontzientzia hartzeko eta Obesitateari eta Elikadura-jokabideen Arazoei *aurrea hartzeko*.



3



...

DIETETIKA ETA ELIKADURA

3) DIETETIKA ETA ELIKADURA

3.1) SARRERA

Elikatzea da ekintza fisikoaren bidez elikagaiak irenstea.

Ekintza kontzientea da, norberak erabakita egiten dena; eragile askok baldintzatuta dago: soziokulturalak, familiarenak, genetikoak, psikologikoak, etab.

Dietetika da elikadura eta honen aldagaiak aztertzen dituen zientzia.

Organismoak irenstitako jakiak transformatu, xurgatu eta erabiltzeari elikadura esaten diogu.

Hau, beraz, inkontzientea da eta oharkabe egiten dugu.

D ELIKAGAIAK:

Elikaduraren bidez lortzen diren substantziak dira. Gure gorputzak ondo funtzionatzeko horien premia du.

Hiru elikagai mota daude:

:: Batzuk energetikoak dira: karbohidratoak, koipeak eta proteinak.

:: Beste batzuk ez dira energetikoak: bitaminak eta mineralak.

Denak behar ditugu neurri egokian. Gehiegi edo gutxiegi hartzeak nahasmendua eragiten du.

D KARBOHIDRATOAK:

Elikagai energetikoak dira; 4 kkal./gr bihurtuko dira. Energia azkarra sortzeko erabili ohi ditugu. Janari hauetan aurkituko ditugu: ogi, labore eta tuberkuluetan, eta proportzio txikiagoan lekari eta fruitu lehorretan aurki ditzakegu. Fruta, azukre, ezti eta gozoetan karbohidrato simple bezala dauzkagu, baina azukre simple hauetatik jasotako energiaren portzentaiak ez da komeni barneratu beharreko energia guztiaren %5a gainditzea.

Kaloria premia osoaren %55-60 eskaini behar dute.

D LIPIDOAK EDO KOIPEAK:

Organismoaren energia-erretserba nagusia dira. Mintz-zelularren, hormona esteroideen sintesien, etabarren zati dira.

Jarraian aipatutako elikagaiak koipe asko dute: haziz egindako olioak (oliba, arto, ekilore, koltza, soja, kokoa), gurinak, hestebeteak, gaztak.

Behar dugun kaloria guztien %30 ez dute gainditu behar. Koipe gehienak triglizerido modura hartzen ditugu. Gantz-azido desberdinez osatuta daudenez, ezaugarri desberdinak izango dituzte.

:: GANTZ-AZIDO SATURATUAK: Gurinean, gaztetan eta orokorrean animalia-jatorria duten koipeetan aurkituko ditugu. Baina baita ere koko eta palma-olioetan (hauek opilgintza industrialean erabiltzen dituzte).

:: GANTZ-AZIDO MONOINSATURATUAK: Batez ere oliba-olioan aurkituko dugu, baina baita soja eta kakahuete-olioetan ere. Neurri egokia gainditu ezik, onuragarriak dira organismoarentzat.

:: GANTZ-AZIDO POLIINSATURATUAK: Gure organismoak sintetizatu ezin dituen bi gantz-azido oinarritzkoenak talde honetan daude. Bata azido linoleikoa da eta bestea azido Alfa-linoleikoa (lehenak Omega-6 familia ordezkaten du eta bigarrenak Omega-3 familia).

Lehenengoa ekilorez, artoz, sojaz eta koltzaz egindako olioetan aurki daiteke eta bigarrena arrain urdinean, linu-hazietan eta kalabaza-hazietan.

D PROTEINAK:

Organismoaren zelula guztiak berrizatzeko oinarritzko elikagaiak dira. Gehien bat, eginkizun plastikoa dute.

Haragiak, arrainak, arrautzak eta esnekiek proteina asko dituzte. Beste jaki hauek ere badituzte proteinak: zerealek, lekaleek eta fruitu-lehorrek. Hala ere, landare-proteinek (sojak salbu) gure gorputzak behar dituen aminoazidoetako batzuen gabezia dute eta gorputzak ez daki sintetizatzen. Beraz, balio biologikoa animalia-jatorrikoena baino txikiagoa da (animalienek aminoazido guztiak dituzte).

D MINERALAK:

Hauen eginkizuna da metabolismoaren erantzunak katalizatzea. Gure gorputzak asko behar ditu, baina guk havei buruz hitz egingo dugu soilik:

:: KALTZIOA: Eginkizun garrantzitsua du hezurren eta haginaren formazioan. Zeregin horretan fosforoaren, magnesioaren eta D Bitaminaren laguntasuna izaten du.

Esneak eta esnekiek izaten dute batez ere.

:: BURDINA: Odolaren formazioan esku-hartzen du eta gabeziak anemia eragiten du. C Bitaminak lagundu egiten du burdina xurgatzen.

Haragian eta errailetan egoten da (itsaskietan izan ezik).

:: IODOA: Beharrezkoa da tiroideoak ondo funtzionatzeko. Itsasoko jakietan aurkituko dugu (algak barne).

:: SUFREA: Zenbait aminoazidoren zatia da. B1 Bitaminaren sintesian esku-hartzen du. Jaki hauek dute: gaztak, lekaleek, berakatzak, kipulak, etab.

D BITAMINAK:

Sustratoek egiten dituzten transformazioak katalizatzen dituzte, bide metabolikoetatik.

:: Hidrosolugarriak: Uretan urtzen dira. B eta C taldekoak dira. B taldekoak (B1, B2, B6, B12, etab.) zereal integraletan, fruitu-lehorretan, esnekietan eta arrautzetan daude. Landareen artean ez dago B12 Bitaminarik. C Bitamina fruten artean aurkitzen da oro har, batez ere zitrikoetan eta tropikoko fruituetan.

:: Liposolugarriak: Koipetan urtzen dira. Antioxidante indartsuak dira, batez ere E Bitamina (haziz egindako olioetan egoten da).

:: K Bitamina: Odolaren koagulazioan esku-hartzen du. Hosto berdeak dituzten landareetan aurki genezake.

:: A Bitamina: Gauzez ikusteko erretinako konoak eta makilak osatzen esku-hartzen dute. Jarraian aipatutako landareek A Probitamina ugari dute: azenarioak, erremolatzak eta piperrak. Gurinan, esnean eta arrautzetan era aktiboa dago.

:: D Bitamina: Kaltzioarekin batera, hezurren osaketan esku-hartzen du. Gehien bat eguzkitik dator.

D DIETA OREKATUA:

Elkarbizitzari nahiz izan ditzakegun estres egoerei aurre egiteko beharrezkoak diren elikagai guztiak ematen dizkigun jateko era da.

Honakoa hartu behar da, batez beste:

- :: Karbohidratoak: kaloria-ekarpen osoaren %55-60.
- :: Koipeak: kaloria-ekarpen osoaren %30.
- :: Proteinak: kaloria-ekarpen osoaren %10-15.

Bitamina eta mineral kopuru egokia hartu eta egunean 1,5 eta 2 litro ur artean edan. Honela banatu behar da:

- :: Gosaria: 20 %
- :: Hamaiketakoa: 10 %
- :: Bazkaria: 30 %
- :: Askaria: 10 %
- :: Afaria: 30 %

Beharrezkoa da, gainera, mantso jatea, elikagaiak asko mastekatzea, giro atseginean egotea eta presarik gabe jatea.

Bizitzan zehar ditugun egoera fisiologiko ezberdinek beharrak aldatzen dituzte:

- :: Hautzaro eta nerabezaroan: Elikadura bariatua izan behar da eta elikagai guztiak sartzen saiatuko gara; modu erakargarrian aurkeztuko ditugu, umeei begietatik sartu eta zapore berriak probatzera bultzatzeko.

Haragi, arrain, arrautza eta esnekien proteina-ekarpena zehatz-mehatz zaindu behar dugu; ahalik eta arrain gehien jan dezaten saiatu eta arrautzari (3-4 astean) eta haragiari (3-4 anoa astean) neurri eman.

Handitzen ari direnean bitaminak eta mineralak beti dira beharrezkoak, umeari behar bezain beste hazten lagundu behar diote; dietak beraz, esnekiak, fruta, barazkiak eta beste elikagaiak adinerako gomendatutako kopuruan izan behar ditu.

Opil industrial eta janari prestatuaren kontsumoa mugatu behar dugu.

Lekale eta zereal kopuru egokia (integralak hobea) jatea sustatu behar dugu, barazkiekin eta frutekin batera zuntz iturri garrantzitsuak baitira.

Otordu bakoitzari beharrezko denbora eskaini behar diogu, presarik gabe, murtxikatzen ikasteko.

Jarduera fisikoa ahalik eta gehien sustatzen saiatu behar gara gizentasunaren aurka borrokatzeko.

- :: Zahartzaroan: Garai honetan komenigarria da gatza, frijitu, hestebete eta opil industrial nahiz gozokien kontsumoari neurri ematea. Egunean 1,5-2 litro ur edan behar da deshidratazioa eta idorreria saihesteko, eta behar beste zuntz duten elikagaiak hartu behar dira dieta osatzeko, hots, bihi osoko zerealak, frutak eta barazkiak. Arraina haragiari nagusitu behar zaio, azken hori zailagoa baita murtxikatzen; orokorrean askotarikoa izan behar da, samurra eta koipe gutxikoa.

3.2) ARGITALPEN ZIENTIFIKOAK DIETETIKA ETA ELIKADURA:

3.2.1) ELIKADURA OHITURAK:

García Herrera, R. (dir.), (1990). Encuesta nutricional. Documentos técnicos de Salud Pública. Serie A. Nº 9., Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco.

Laburpena: 1989-90 urtean Euskal Autonomía Erkidegoko hiru probintzietako 3.200 pertsonako laginaren gainean, bertako biztaleen elikadura ohiturak ezagutu asmoz, egitza ikerketa epidemiologiko nutrizionala dugu hau. Bertan, barneratutako energia eta elikagaiak, energiaren banaketa egunean zehar, bitamina eta mineralen eta jaki zehazten ingestia, lurralde historikoen arabera elikadura tipologia, indikatzaile antropometriko eta biokimikoak aztertzen dira.

Ramos, P.; Pérez de Eulate, L.; Latorre, M. (2005). ¿Qué saben los padres sobre los hábitos nutricionales de sus hijos adolescentes?. *Revista de Psicodidáctica*. vol 10, (1).

Laburpena: Gurasoek beren seme-alaben elikadura-hezkuntza duten garrantzia gogoran izanik, lan honetan aita-amek beren nerabeen elikadura-ohiturei buruz zekitena aztertu zen. 1105 gurasoren informazioa bildu zen, 13 eta 18 urte arteko seme-alabak Euskal Autonomia Erkidegoan eskolatuta zituztenak. Ezberdintasun nabarmenak aurkitu ziren gurasoek uste zutenaren eta nerabeek benetan zituzten elikadura ohituren artean. Nerabeen elikadurako nahasmenen prebentzioa eta gurasoen elikadura hezkuntza programak emaitza horien ondorio ote diren eztabaidatzen da.

Iturbe, A.; Perales, A. (2002). Evaluación del programa de intervención dietética (escolares de 3º ESO). *Nutrición hospitalaria órgano-oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*.

Laburpena: Elikagai egokiak hartzeak genotipoaren adierazpen fenotipikoa erabakitzen du. Dietetika Interbentzio Programaren (DIP) helburua dieta orekatua izateko beharrezko informazioa ematea izan zen. Metodoa: Dietetika Interbentzio Programa Euskal Herri osoko 23 eskoletan egin zen, DBH 3ko bi sexuetako 2.400 ikaslekin osatu zuten lagina. Donostiako Santo Tomas Lizeoan bi sexuetako 130 ikasle ebaluatu ziren. DIPa hiru zatitan banatu zen: ikasleen hezkuntza programa (teorikoa eta praktika tailerrekin); guraso eta irakasleen hezkuntza programa; eta emaitzen balioztatzea. Emaitzak: ikasle-

en, gurasoen eta irakasleen erantzunak positiboak izan ziren: nerabeen %61ak beren dieta berdina zela aitortu zuten, %2k bere dieta okerragoa zela eta %36k bere dieta hobea zela uste zuten. Elkarriketatutakoen %94k akordio teoriko subjektibo bat dute beren erantzunetan. Nerabeen %85 bakarrik izan zen gai Mediterraneoko dieta orekatua identifikatzeko. Ondorioak: Gazteen %36k beren dietak hobetu zirela esan zuten. %85ak dieta orekatua jarraitzen bazekiela erakutsi zuten. Emaitza horiek DIPa hobetzen eta modernizatzen jarraitzea animatzen gaituzte. Dieta onak adierazpen genetiko ona errazten du, eta ondorioz, ondo elikatzeak bizi iraupena eta kalitatea erabakitzen du. Nerabeek dieta orekatua ez dutenez, elikadura hezkuntza hobekia etorkizuneko belaunaldiaren osasuna hobetuko luke.

3.2.2) BIOLOGÍA:

Zubillaga, P.; Garrido, A.; Mújika, I.; Ansa, J.; Zabalza, R.; Emparanza, J.I. (2006). Efecto de la vitamina D y del suplemento de calcio en el movimiento óseo en adultos institucionalizados con Síndrome de Down. *European journal of clinical nutrition*.

Laburpena: Lan honen helburua Dawn Sindromedun* helduez osatutako laginaren hezur-metabolismoan D* bitaminaren egoera eta kaltzio eta D3* bitamina osagarrien balioztatzea izan zen. Metodoa: lagina Iliazpi Fundazioko Dawn Sindromedun 23 pertsonak osatu zuten. Hamabi parte-hartzaile aukeratu ziren aleatoriki 1 gramo kaltzio eta 800 IU D bitamina urtebetez egunean behin hartzeko. Beste 11 parte-hartzaileek Kontrol Taldea osatu zuten ez zuten eta inolako osagarririk hartzen. Emaitza: Taldeen artean ez zen alde nabarmenik aurkitu gazur, kaltzio eta fosforo maila dagokionean. Baina parte-hartze taldeak kontrolekoak baino ondorio onuragarri gehiago izan zituen honako parametro hauekin: hormona paratiroideoko gazur mailan; osteocalcina* eta crosslaps* jaitsi ahala 25 OH* gazura eta D3 bitamina igo egiten ziren. Ondorioak: Emaitzen arabera, Dawn Sindromea duten pertsonak D bitaminaren falta izan dezaketen taldeen artean sar ditzakegu (D bitamina eta kaltzinoa hartu daitezke osagarri modura) eta kaltzio fosfatoko metabolismoarekin eta hezur birmoldaketarekin erlazioatutako markatzaile biokimikoak hobetzen has daitezke.

García, R.; Berenguer, A.; Tormo, M.J.; Sánchez, M.J.; Quirós, J.; Navarro, C.; Arnaud, R.; Dorronsoro, M.; Chirlaque, M.D.; Barricarte, A.; Ardanaz, E.; Amiano, P.; Martínez, C.; Agudo, A.; González, C.A. (2004). Las fuentes dietarias de la vitamina C, vitamina E y carotenoides específicos en España. *The British Journal of Nutrition*.

Laburpena: Ikerketa hau zeharkako lana da, Minbizia eta Elikaduraren Gaineko Europako Ikerketa Prospektiboko lagin espainiarraren ingurukoa. Espainiako pertsona hel-

duen C eta E bitamina, alfa karoteno, beta karoteno, likopeno, luteina, betakriptoxantina* eta zeaxantinaren* iturri nagusiak aztertu nahi dira. Metodoa: lagina 41446 boluntario osasuntsuk osatu zuten (25812 emakume eta 15634 gizon); 29 eta 69 urte arteko pertsonak ziren, Asturiaskoak, Nafarroakoak, Gipuzkoakoak, Murtziakoak eta Granadakoak. Normalean jaten zutena elkarriketa pertsonal baten bidez ebaluatu zen, ordenagailu bidez elikagaiei inguruko inkesta bat eginez. Emaitzak: Aztertutako 2/3 elikagai zituzten jakiak honakoak izan ziren: C bitamina fruta (laranjak bereziki) eta landareetan (tomate eta piperrak bereziki); E bitamina landare-olioetan (ekilorekoa eta olibakoa), fruitu ez zitrikoetan, intxaurretan eta hazietan; Alfa karotenoa landare-erretan (azernarioa); Beta karotenoa barazkietan; Likopenoa tomatea bezalako barazkietan; Luteina hostodun barazkietan; Betakriptoxantina fruitu zitrikoetan; Zeaxantina hostodun barazkietan eta fruitu zitrikoetan. Ondorioak: Herrialde batean elikagaien iturriak zein jakietan dauden identifikatu izanak, Ikerketa Epidemiologikoak, hots, dietak osasunean eta gaixotasunean duen eginkizuna aztertzen dutenak, ulertzen laguntzen digu.

3.2.3) MINBIZIA ETA ELIKADURA:

González, C.A; Navarro, C.; Martínez, C.; Quirós, J.R; Dorronsoro, M.; Barricarte, A.; Tormo, M.J.; Agudo, A.; Chirlaque, M.D.; Amiano, P.; Ardanaz, E.; Pera, G.; Sánchez, M.J.; Berenguer, A.; (2004). El Estudio Prospectivo Europeo Sobre Cáncer y Nutrición (EPIC). Revista Española de Salud Pública.

Laburpena: EPIC ikerketa prospektibo multizentrikoa da eta Minbiziaren Ikerketarako Agentzia Internazionalak (IARC) koordinatzen du. Hamar herrialdeko (Alemania, Danimarka, Espainia, Frantzia, Grezia, Herbehereak, Italia, Norvegia, Erresuma Batua eta Suedia) 23 zentrotan odol laginak eta informazioa biltzen ari da. Espainian bost probintzian egin zen: Asturias, Granada, Gipuzkoa, Murtzia eta Nafarroa. Metodoa: Guztira, 519978 lagin jaso eta laborategian aztertu ziren (366521 emakumerenak eta 153457 gizonenak), eta horietatik 385719 izan ziren baliagarri ikerlanerako. Orain arte, 24195 minbizi-kasu identifikatu dira. Emaitzak: EPIC-en hasierako emaitzen arabera, dieta eta minbiziaren ingurukoak, zuntza, fruta eta barazkiak jateak koloneko eta ondesteko minbiziaren aurka babesten gaitu; frutak biriketako minbiziaren aurka babesten gaitu; eta fruta eta barazkiak jateak goiko digestio-hodietan eragina du. Baina fruta eta barazki asko jateak ez du eraginik prostatiko minbiziaren aurka. Gantz saturatu asko jateak bularreko minbizia pairatzeko arriskua handitzen du.

Peeters, Petra H. M (2005). Consumo de fruta y verdura y riesgo de padecer cáncer de pecho. *Journal of the American Medical Association*. Vol 293(2).

Laburpena: Fruta eta barazkiak jatea bularreko minbiziaren aurka babesten gaituen faktorea dela pentsatzen da. Froga ziur gehienak ikerlan kontrolatuetatik datoz, baina orain gutxi egindako analisi baten arabera, argitaratu diren kohorte azterketa bakarretakoa, ez dago korrelazio nabarmenik bularreko minbizia eta fruta eta barazkiak jatearen artean. Ikerlan honen helburua fruta eta barazkiak jateak bularreko minbizian duen eragina aztertzea da. Metodoa: Lagina 285529 emakumek osatu zuten, 25 eta 70 urte artekoak eta Minbizia eta Elikaduraren Gaineko Europako Ikerketa Prospektiboan (EPIC) parte hartutakoak. Partaideek elikadura galdeketa bete zuten 1992 eta 1998 urte artean eta segimendua egin zitzaizen 2002 urteraino. Emaitzak: Ez zen ezer nabarmenik aurkitu frutak eta barazkiak jateak bularreko minbizian eragina izateari buruz. Ondorioak: Segimendua iraupen mugatukoa izan arren, emaitzen arabera, ez dago erlazio nabarmenik fruta eta barazkiak jatearen eta bularreko minbizia izateko arriskuaren artean.

Linseisen, J.; Kesse, E.; Slimani, N.; bueno de Mezquita, H.B.; Ocke, M.C.; Skeie, G.; Kumle, M.; Dorronsoro, M.; Morote, P.; Janzon, L.; Stattin, P.; Welch, A.A.; Spencer, E.A.; Overvard, K.; Tjonneland, A.; Clavel-Chapelon, F.; Miller, A.B.; Klipstein-Grobusch, K.; Lagiou, P.; Kalapothaki, V.; Masala, G.; Giurdanella, M.C.; Norat, T.; Riboli, E. (2002). Consumo de carne en las cohortes del Estudio Prospectivo Europeo Sobre Cáncer y Nutrición (EPIC): Resultados obtenidos de registros alimenticios de 24 horas. *Public Health Nutrition*.

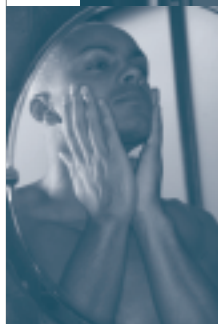
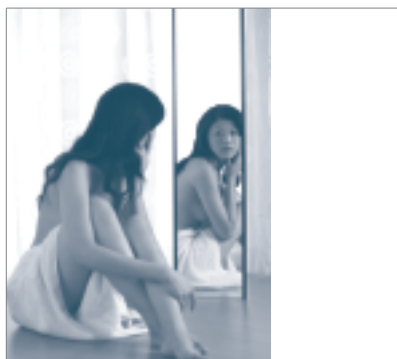
Laburpena: Ikerketa honen helburua haragiaren kontsumoaren patroiak Minbizia eta Elikaduraren Gaineko Europako Ikerketa Prospektiboaren (EPIC) kohortetan ebaluatzea izan zen. Metodoa: Ikerketa Prospektiboaren eremuan, eguneroko elikadura ohiturak aztertu ziren Europako 10 herrialdeko 27 zentrotan; ordenagailuz lagundutako elkarrizketa estandarrak egin ziren. Lagina 22954 emakumek eta 13031 gizonek osatu zuten, 35 eta 74 urte artekoak. Emaitzak: Haragia jateari dagokionez, Erresuma Batuak izan zuen kohorteko batezbesteko baxuena "osasun kontzientzia", eta Espainiak berriz, altuena, Donostiak batez ere. Espainia hegoaldeko eta Napoliko (Italia) zentroetan haragi kontsumoa bereziki txikia zen iparraldearen aldean. Europa erdialdeko eta iparraldeko herrialdetan ere antzeko eredia ikus zitekeen, Frantzia eta Erresuma Batuko laginetan izan ezik. Haragiaren azpi taldeen (Adibidez: haragi gorria, haragi prozesatua) kontsumo ezberdintasuna haragi guztiaren kontsumokoa baino handiagoa izan zen. Mediterraneoko EPIC zentroetan iparraldeko eta Europa erdialdekoetan baino txahalki eta hegazti proportzio handiagoa erregistratu zen, eta txerri edo haragi prozesatu proportzio txikiagoa. Saltitza kontsumo handiena Alemaniako laginak zuen, eta horren atzetik Norvegiakoak, Suediakoak, Danimarkakoak eta Holandarrak. Ondorioak: Emaitzen arabera, Europa osoko EPIC zentroek ezaugarri ezberdinak dituzte haragi kontsumo erduei dagokienez. Baldintza hori garrantzitsua da haragiaren kontsumo eta gaitxotasun kronikoen garapenaren arteko lotura hobe ulertzeko.

Sieri, S.; Agudo, A.; Kesse, E.; Klipstein-Grobusch, K.; San José, B.; Welch, A.; Krogh, V.; Luben, R.; Allen, N.; Overvad, K.; Tjønneland, A.; Clavel-Chapelon, F.; Thiebaut, A.; Miller, A.B.; Boeng, H.; Kolyva, M.; Saieva, C.; Celentano, E.; Ocke, M.C.; Peeters, P.H.; Brustad, M.; Kumle, M.; Dorronsoro, M.; Fernández-Feito, A.; Mattisson, I.; Weinehall, L.; Riboli, E.; Slimani, N. (2002). Patrones de consumo de alcohol en 10 países europeos participantes del Estudio Prospectivo Europeo en la Investigación del Cáncer y la Nutrición (EPIC). *Public Health Nutrition*.

Laburpena: Azterlan honen helburua Minbizia eta Elikaduraren Gaineko Europako Ikerketa Prospektiboko (EPIC) zentroetan edaten zen alkohol kantitatea, mota eta maiztasuna alderatzea izan zen. Zentro horien guztien ezaugarri dira edateko ohitura oso ezberdinak eta alkoholarekin lotutako gaixotasunen maiztasun desberdinak. Metodoa: Pertsona bakoitzarentzat 24 orduko elikadura erregistro estandarizatu bat jaso zen. Lagina aleatorioki aukeratu zen EPICeko kohorte osotik (35.955 pertsona, 35 eta 74 urte artekoak). Horrek alkohol kontsumoak eguneko otordu nagusietan zuen banaketari buruzko informazio xehea eman zuen eta asteko kontsumo ereduak zehazten lagundu zuen. Emaitzak: Sexua izan zen alkohola kontsumitzeko arrazoi nagusia azterketako 10 herrialdeetan. Gizonezkoei dagokienez, Espainiako zentrotakoek kontsumitzen zuten alkohol gehien (Donostian eguneko 41.4 g) eta emakumeek Danimarkako zentroetan (Kopenhagen eguneko 20,9 g). Kontsumo txikiena Suediako zentroetan erregistratu zen gizonezkoen kasuan (Umean, 10.2 g) eta Greziakoetan emakumeenean (3.4 g). Mediterraneoko herrialdeetan gizonezkoek ardoa edaten zuten nagusiki, eta Holanda, Alemania, Suedia eta Danimarkan berriz, garagardoa. Aztertutako EPIC zentroetako emakumeek ardoa edaten zuten gehien, Murtzian izan ezik; hemen garagardoa zen edari nagusia. Asteburuan emakumeek askoz ere alkohol gehiago edaten zuten; Alemaniako, Holandako, Erresuma Batuko eta Danimarkako laginak otorduetatik kanpo kontsumo indize altuenak izateagatik bereizten ziren. Ondorioak: EPIC zentroen arteko alkohol kontsumo ereduak horren ezberdinak izateak, alkohola eta horrekin lotutako gaixotasunen artean dagoen harremana hobe ulertzeko aukera handiak ematen dizkigu.

3.3.) ELIKADURA DIBULGAZIOA:

Ana ElBusto (2006). Intervención de educación nutricional en colegios guipuzcoanos. *Public Health Nutrition*, 9, (7).



4



GORPUTZ IRUDIA

4) GORPUTZ IRUDIA

4.1) SARRERA

Gorputz-irudia ikerketa askoren gaia bihurtu da gaur egun. Agerikoa da irudiari maila guztietan ematen zaion garrantzia honako galderak ateratzen direnean: Zer esango dute? Zer iritzi izango dute nitaz? Zer irudi ematen dut? e.a. Horri, garaiaren arabera halako gorputz-irudi bati ematen zaion neurritz kanpoko balioa gehitu behar diogu. Gaur egun, edertasunaren irudia muturreko argaltasuna da eta arrakasta, eraginkortasuna, zoriontasuna eta abarrekin lotzen da.

Schilderrek honela definitu zuen gorputz-irudia: "bakoitzak bere buruaz duen hiru dimentsioko irudikapena". Irudi hori etengabe eraikitzen da eta gestalt (iritzi orokorra) fisiko, psikologiko eta soziala eratzen du. Slade-k honela definitzen du gorputz-irudia: "gure gorputzaren altuera, itxura eta formaren inguruan gure buruan dugun irudia; eta baita horien ezaugarri eta osaerengatik sentitzen duguna".

Cash-ek hiru dimentsio ezberdintzen ditu gorputzari buruzko iritzian:

- :: a) *azterketa* (Adib: gure gorputzarekin pozik egotea, kognitiboki baloratzea eta ebaluaketa-pentsamenduak, gure burua nagusi den irudi perfektuarekin alderatzean sortzen diren desadostasunen ondorio direnak;
- :: b) *portaera eta ezagutzan jantzi* (Adib: itxurari buruzko eskema kognitiboak, barruratutako gorputz-ideien indarra, eskema horien araberrako portaerak;
- :: c) *Estimua* (Adib: pena handia sentitzea gorputz-irudia dela eta).

Gorputz-irudia honako hauek osatzen dute: ezagutzak (gorputzari buruzko pentsamendu eta usteak), *pertzepzioak* (ukimena, kinestesia, norbera onartzea, ikusmena, usaime-na eta entzumena), *afektibitateak* (norberak bere gorputzari buruz dituen sentimenduak), *portaerak eta gizarteak*. Bere garapenean *gorputzean ondorioak dituzten faktoreek* (istri-puak, gaixotasunak, sexu-abusua), *besteekin duten harremanak*, *auto-estimua* eta *sozializazioak* eragiten dute.

Orain arte gorputz-irudiarekin erlazionatutako alderdiak deskribatu ditugu (zer da eta zere gin dezakegu), baina zer gertatzen da gure burua den ez bezalakoa hautematen dugunean edo gure irudiarekin pozik ez gaudenean? *Gorputz-distorsioak* neurri edo itxurari buruz ditugun pertzepzio eta usteek benetakoekin dituzten aldeei erreferentzia egiten dio. *Gorputzarekin pozik ez egotea*; norbere gorputzarekin gustura ez egoteari buruz ari

da. Garnel eta Garfinkel-ek diotenez, gorputz-irudiaren aldaketak bi alderdi ditu, harremana dutenak baina ezberdinak direnak: gorputzkeraren pertzepzio-distortsioa: gorputz atal batzuentzako gehiegizko estimua ekartzen du, eta horregatik, bolumenta dena baino bi aldiz handiagoa dela uste dugu (izterrak, ipurmasailak, sabela e.a). eta gorputzkerak sortutako ardurua eta pozik ez egote hori sentimendu-ezagutza aldaketarekin lotzen da (pentsamendu dikotomikoa, orokortzeak e. a).

Pozik ez egoteak ez du esan nahi gure gorputz-irudiaren nahasketa dugunik, baina gure itxurak akats handi bat duela iruditu eta horregatik izugarri arduratzen bagara (geure buruari, familiari eta gizarteari dagokienean nahastu eta min egiten digun ardurara), orduan bai, orduan *gorputz-irudiaren arazo* bati buruz hitz egin ahalko genuke, pertzepzio, sentimen eta ezagutza sartzen baitira. Egoera honek gure *itxura balio-gutxitzera* garamatza ("oso gorputzkeraren itsusia dut nire kideen aldean, Zeinen izter zatarrak!!!") *besteek gutaz duten iritziak ikaragarri arduratzera* (Zer pentsatuko dute nitaz? ... ez naizela zaintzen irudituko zaie...") ez *dugula balio ustera* (ez naiz harritzen dena okerrago joatea, porrot egingo dut, ziur...) eta *gorputz-irudia dela eta inork ez gaituela maitatuko pentsatzera* (ez naute hurrengo proiekturako hartuko, eta begiz jotzen banaute barre egiteko izango da... Nork maiteko nau...?"); hori guztia dela eta, gorputz-irudiaren nahasmendua duten pertsonak beren gorputza ezkutatzeko dute (arropa lasaiekin), dieta eta kirol gehiegi egiten dute, eta harreman sozialak ekiditen saiatzen dira.

Garrantzitsua da emakumeek pisuarengatik duten ardurua gorputz-irudiaren nahasmen bezala ez hartzea. Mendebaldean emakumea bere neurriarekin gaizki sentitzera bultzatzen da, eta horrek askok gorputz-irudia belzteko ekartzen du; emakume ugari gorputz-irudiaren nahasmendua izango du. Cash eta Henry-k aurkitu zutenenez, emakumeen %48k ez zuen bere itxura maite, %63 ez zegoen pozik bere pisuarekin eta %49 gehiegizko pisuarekin arduratuta zegoen. Gorputzkeraren neurrien distortsioa gorputz-irudi nahasmenduaren arrazoi bat besterik ez da, berez, alderdi askoko nahastea da, pertzepzio, jarrera eta portaera aldaketak dituena.

Norberak bere gorputzaz duen pertzepzioa eta horri buruz barruratuta ditugun ideien arteko ezberdintasuna oso handia da eta hori gorputzarekin pozik ez egotearekin eta elikadura-nahasteekin lotuta dago (EN). Bruch-ek azpimarratu zuenez, elikadura nahasteak dituzten gaixoei beren gorputza ikusten duten era eta benetakoa ez datoz bat. EN duten gaixoei ezberdintasun handiagoak dituzte bere perfekzioan kontroletan baino, eta gehiegizko enfasia jartzen dute pisuan eta itxuran beren burua ebaluatzeko.

Pisua eta itxurarengatik ardurak elikadura nahasteen elementu klabeak diren arren, oso garrantzitsua da itxurarengatik aipatu gaixotasunen alderdi etiologikoak aztertzea. Ikerketa gehienek honako faktoreak azpimarratzen dituzte itxuraren oinarriko faktore bezala: biologikoak, familiakoak, soziokulturalak eta bizitzako gertakizun estresagarriak (BGES).

Faktore biologikoei dagokienez, ingurugiro eragileak garrantzitsuagoak dira genetikoak baino, emakumeak pisua eta itxurarengatik duen jarreretan batez ere. Gorputzarekin pozik ez egotearekin lotutako beste faktore batzuk gorputzkeraren koipearen banaketan izandako aldaketak dira, nesken pubertaroan gertatutakoak edota gizentasun ia erigarria.

Familiari dagokionez, bertako kideen jarrera eta komentarioak dira dieta eta itxuragatiko arduraren sortzeko gehien aipatu diren arrazoiak. Familiari dagokionez, beste faktore batzuk ere hartu behar dira kontutan; gurasoen gizentasuna, janariarekiko jarrera eta elikadura mota (elikadura, emozioak lasaitzeko, zigor bezala edo sari bezala erabiltzea, e.a.).

Bizitzako gertakizun estresagarriek (BGES), sexu-abusuak, ikaskideen arbuioak, bana-ketek, istripuek, porrotek eta abarrek gorputz-irudiarengatiko arduraren eragiten dute, auto-estimua baxua, berriz, bitartekoa da.

Faktore soziokulturalei dagokionez, hainbat azterketek pisu eta gorputz-irudiarengatiko arduraren maila sozial eta argaltasunaren kulturarekin lotu dute, mendebaldeko komunikabideek bultzatu dutena. Agerikoa da gorputz-eredu argalak egiten duen presioa; oraindik nesken mutikengan baino gehiago eragiten du eta gure herrialdean publizitate, emakumearen eredu estetiko argala eta gorputz-irudiarekin pozik ez egotearen arteko erlazioa islatzen du.

Laburbilduz, gorputz-irudiarengatiko arduraren nerabezaroan oso arrunta dena, faktore askok sortzen dute. Batzuetan dieta egitera jotzen da, eta ondotik (ez da beti horrela izan behar) elikadura nahasteak datoz.

Horrenbestez, gorputz-irudia gogoan eduki beharreko aldagai oso garrantzitsua da elikadura nahasteak bezalako buruko gaixotasunei dagokionez; baina, auto-estimua, generoa eta garapen-zikloa (haurtzarora, nerabezaroa, helduarora e.a.) ere kontutan hartu beharreko alderdiak dira. Elikadura nahaste gehienak nerabezaroan gertatu ohi direnez, garai honetan jarri dute arreta azterketa askok. Biziki garrantzitsua litzateke elikadura-portaera sistematikoki ikertzea, eta ume koskortu eta nerabeek gorputz-irudiarekiko duten jarrera aztertzea. Horrekin patologia ekidin nahi dira, gure gizartean portzentaia oso altuetara iritsi baitira.

Bukatzeko, gorputz-irudia elementu askok osatzen dutela azpimarratu behar da (gure gorputzarekin nola sentitzen garen, zer irizten diogun, berarekin nola sentitzen garen edo zer egiten dugun berarekin). Gorputz-irudi hau jaiotzetik ikasten dugun eta etengabe bilakatzen da.

Baina ez gara larritu behar, guztiok sentitu gara noizbait zalantzatsu, atsekabetuta edo fidagaitz gure gorputzarekin. Horrekiko sentitzen duguna guk eta ingurukoek (familiak, lagunek, komunikabideek) ditugun pertzepzioek eragiten dute, gure burua nola ikusi beharko genukeen edo normala, egokia eta baita ona izango litzatekeenari buruzkoak; ez dira beti errealak (gezurrezkoak askotan).

Oso garrantzitsua da gure gorputz-irudia zaintzea; gure gorputzarekin eroso ez sentitzea normala bada ere (batzutan errefusatzea edo gure gorputzeko zenbait atalez lotsatzea), sentimendu horiei aurre egin behar diegu baieztatu eta onartuz. Hori egin ezean, erraza izango da hainbat arazo garatzea (elikadura-portaera nahasteak, pisua galtzeko obsesioa e.a.) eta behin ezarriz gero gorpil-zoro ilunera eramatea.

Nola sortzen da gorpil zoro hori? Alde batera utzitako gure gorputzarekiko sentimendu negatiboen atzetik (gaitzespena, lotsa, errua...) auto-estimua baxu edo depresioak etor daitezke gure gorputzarekin pozik ez gaudelako edo gure sentipenak onartu edo ulertzen ez ditugulako. Horrek elikadura nahasteak sor ditzake (norberak jarritako dietak, gehiegizko kirola e.a) eta gero eta gehiago jardutea gure osasun eta ongizatea ahazteraino. Azkenean hasieran bezala gaude, gure gorputzarekiko sentipenak okerragoekin, eta horrela zirkulua ixten.

Aipatutako guztia dela eta, gure gorputz-irudiaz arduratu, hori ezagutu, onartu, zaindu eta errespetatu behar dugu.; izan ere, bakoitzak gurea dugu, eta hori bakarra da.

Gorputz-irudia honakoa da:

:: Zure burua nola ikusten duzun... ispiluan begiratzean, zu zeu irudikatzen zarenean.

:: Zer pentsatzen duzun... zure itxurari buruz (oroitzapenak, ondorioak eta interpretazioak).

:: Nola sentitzen zaren... zure gorputzari eta itxurari (altuera, gorpuzkera, pisua eta formak) dagokionez.

Zure gorputzean eta horrekin zer egiten duzun... (jarrera keta portaerak).

Gaizki ikusten zara:

:: *Zure gorputz-irudiaren distortsioa duzunean, zure gorputzeko atal batzuk (ipurmasaila, sabela, izterrak, aldakak e.a) diren ez bezalakoak ikusten dituzunean*

:: *Zure gorputzean pentsatzean lotsatu egiten zarenean eta antsia sortzen denean.*

:: *Besteek zuk baino gorputz hobea dutela oso argi duzunean; erakargarriagoak dira eta hortik beren arrakasta.*

:: *Ematen duzun irudiarekiko pentsamendu ezkorrak dituzunean (gaitzespena, porrota, etsipena).*

Ongi ikusten zara:

:: *Zure gorpuzkera ondo hautematen duzunean, gorputzeko atalak diren bezalakoak ikusten dituzunean.*

:: *Duzun gorpuzkera onartu eta maite duzunean, zurea da, eta beraz, bakarra.*

:: *Itxura fisikoak izaera, arrakasta eta betiko zorientasuna ez dituela erabakitzen ulertzen duzunean.*

:: *Zure irudia, itxura onartzen dituzunean eta zutaz pentsatzen dutena zure bizitzako motorra ez denean.*

:: Zure gorputzaz harro zaudenean eta janaria, pisua eta kaloriengatik arduratzen denbora gehiegi ematen ez duzunean.

:: Zure gorputza hori dela badakizunean; zaindu, onartu eta babestu egin behar duzu.

4.2.) GORPUTZ-IRUDIARI BURUZKO ARGITALPEN ZIENTZIFIKOAK:

Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Identificación de adolescentes en riesgo: La insatisfacción corporal y los trastornos de alimentación. En M.I. Fajardo, M.I. Ruiz, A. Ventura, F. Vicente y J.A. Julve (Ed.): *Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Nuevos retos, nuevas respuestas.

Cruz, S.; Maganto, C. y Etxebarria, A. (2002). Autoconcepto e Imagen Corporal en Adolescentes. En C. Maganto (Dir.), *Investigaciones en Psicología Clínica*.

Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio empírico. *Psiquis*, 23 (1), 25-32. ISSN: 0210-8348. Depósito Legal: B-24050-1979.

Laburpena: Lan honen helburuak gorputz-irudiaren aldaketa aztertu eta horien eta gerta daitezkeen elikadura portaera nahasteen arteko lotura egiaztatzea dira. Lagina 200 pertsonak osatzen dute, bi sexuetoakoak eta 14 eta 17 urte artekoak. Azterketan Gorputz Masaren Indizea (GMI), Silueta testa (ST) eta Eating Attitudes Testa (EAT) erabili dira. Emaitzek diotenez, emakumeak dira gizonezkoak baino gehiago bere gorputz-irudiarekin pozik ez daudenak eta distortsioa dutenak, hau da, gizenago ikusten dira eta ez daude gustura. EAT testean 20ko puntuazioa erreferentzia bezala izanda bi azpitalde egin dira: elikadura nahasteak jasateko arriskua dutenak eta ez dutenak. Lehenengo taldean %85 emakumeak dira. Gorputz-irudiarekin pozik ez egotea eta GMI baxua dira elikadura nahasteen arazoak.

Cruz, S. y Maganto, C. (2003). El Test de Siluetas: Un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Investigaciones en Psicología*. 1, 79-100. ISSN: 0329-5893

Laburpena: Gero eta gazteagoak dira gorputz-irudiaren aldaketekin dabiltzanak. Hori Elikadura Portaeraren Nahasteekin erlazionatzean, Silueta Testaren azterketa bat egin zen honako helburuekin: populazio ez klinikoan Distortsio eta Pozik ez egotearen indize-

ak jakitea, horrek Gorputz Masaren Indizearekin izan dezakeen erlazioa ezagutzea eta aipatu aldaketak arrazoitzen dituzten aldagaiak aztertzea. Lagina 126 neskek eta 119 mutilek osatu zuten, 14 eta 17 urte artekoak eta maila sozio-ekonomiko ertaina-altua zutenak. Silueta Testa, Gorputz Masaren Indizea eta Elikadura Portaeraren Inbentarioa (EDI-2) erabili ziren ikerketa egiteko. Emaitzek diotenez, bi aldagaiak, hots, Distortsioa eta Pozik ez egotea, gehiago ematen dira neskengan mutilengan baino, Gorputz- Masaren Indizeak emaitzak baldintzatzen ditu eta Pozik ez egoteak lotura gehiago du elikadura-portaeraren aldaketekin Distortsioarekin baino. Gorputz Masaren Indizeak, Pozik ez egoteak eta EDI-2 Aszetismoaren aldagaiak Distortsio bariantearen %49 azaltzen dute eta Argala izateko Obsesioak, Gorputz Masaren Indizeak eta Distortsioak, berriz, Pozik ez egotearen %61,8.

Espina, A.; Ortego, M.A.; Ochoa de Alda, I.; Alemán, A.; Juaniz, M. (2001) Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del País Vasco: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 112(2) 2001, 217-235.

Laburpena: Azterketa honetan gorputz-irudiarekin pozik ez egotearen eta Elikadura Portaera Nahasmenduaren arteko lotura ikertu zen. Lagina 969 ikaslek osatu zuten, 11 eta 18 urte artekoak, 508 emakume eta 461 gizon. Pertsonak *Body Shape Questionnaire*, *EAT* eta *Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorders Inventory*-rekin ebaluatu zituzten. Emaitzak: Emaitzen arabera, EPN sintomak emakumeen %7.1ean dira nagusi, eta gizonezkoetan berriz, %2.4an. Gorputz-irudiarengatik arduraren emakumeen %32k du, eta zenbat eta zaharrago orduen eta gehiago; gizonezkoen %8.9k du arduraren. Sexua gorabehera, korrelazio positiboa dago gorputz-irudiarengatik arduraren eta gorputzaren pisuaren artean. Ondorioak: Emaitzek aurretik egindako ikerketak baieztatu zituzten eta ezaugarri horiek neska-mutil koskorretan sistematikoki ebaluatzen beharra berresten dute prebentzio kanpainak diseinatzen.

Eснаоla Etxaniz, Igor (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y modificación de conducta*. 31 (135).

Laburpena: Ikerketa honetan gorputz-irudiaren (EDI-2) eta gorputzeko modelo estetikoaren (CIMEC-26) arteko erlazioa aztertzen da. Alde batetik, generoaren arabera ezberdintasunak ikertzen dira, eta, bestetik nerabeen eta gazteen arteko desberdintasunak. Lagina 627 nerabek eta 271 gaztekin osatu dute. Nerabeen batez besteko adina 15.33 da, eta gazteena 22.49. Emaitzen arabera, emakumeak dira nerabezaroan nahiz gaztearoan bere gorputz-irudiarekin kontentagoak eta gorputzaren modelo estetikoak beraiengan eragiten du gehien. Adinari dagokionez, ezberdintasun nabariak daude EDI-2an. Mutil nerabeak argaltasunarekin eta eraginkortasunarekin ezarekin obsesio-natuagoak daude gazteekin baino; neska nerabeak argaltasunarekin, gorputzarekin pozik

ez egotearekin eta eraginkortasunik ezarekin obsesionatuagoak daude. CIMEC-26ri dagokionez, gizonezkoen laginean bakarrik aurkitu dira ezberdintasun nabariak; eredu sozialek eta egoera sozialek gehiago eragiten die gazteei nerabeei baino.

Maganto, C., Del Río, A. y Roiz, O. (2002) Programa preventivo sobre Imagen corporal y Trastornos de la Alimentación (PICTA). Manual, Cuaderno de trabajo y vídeo. *Primer premio en el V Concurso Nacional de TEA Ediciones*. Madrid. TEA.

Maganto, C. y Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología, XX*, (2), 197-223.

Maganto, C., Cruz, S. y Etxebarria, A. (2003). Autoconcepto negativo y alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*.

Laburpena: Elikadura Portaeraren Nahasmenduak (EPN) dituzten nerabeekin erlazionatutako ikerketek diotenez, bere buruaz duten kontzeptua aipatu gorabeherekin lotutako aldagaia da. Lan honen helburua elikadura portaeraren nahasmenduak dituzten nerabeei bere buruaz duten kontzeptu positibo eta negatiboaren arteko harremana aztertzea da. Lagina 724 nerabeei osatzen dute, 14 eta 18 urte arteko 341 mutilek eta 383 neskek. Honako baliabideak erabili dira: Gorputz Masaren Indizea, Beren buruaz duten Kontzeptuaren Galdeketa (Martorell eta cols., 1993) Elikadura Nahasketen Inbentarioa (EDI-2; Garner eta cols., TEA, 1998). Emaitzen arabera, neskek beren buruaz kontzeptu okerragoa dute mutilek baino. Kontzeptu positiboari dagokionez, ez da sexuaren arabera ezberdintasunik ikusi. Bere buruaz kontzeptu positiboan dutenek ($n = 96$) negatiboan dutenek ($n = 68$) baino puntuazio txikiagoak dituzte EDI-2ko aldagai guztietan, Perfekzioan izan ezik. Erregresio anizkoitzaren analisiek diotenez, argaltasunarengatik obsesio eta gorputz-irudiarekin kontentagaitz egoteari dagokionez, sexua eta GMI dira emaitzak azaltzen dituzten lehen bi aldagaiak. Bulimia eta EDI-2ko beste azpi-eskaletan berriz, beren buruaz duten kontzeptua da emaitzak azaltzen dituen lehen aldagaia, nahiz eta horien pisua baxua izan. Bukatzeko, lortutako emaitzak ikusita gomendagarria litzateke hezkuntzako eta osasuneko profesionalak zure buruaz duzun kontzeptua aldagaia neska nerabeei lantzea EPNak ekiditeko.

Maganto, C y Cruz, S. (2003). Evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.

Laburpena: Tailer honen helburua gazteengan Elikadura Portaeren Nahasmenduak ekiditea da. Helburuak: a) nahasmendu honek gero eta garrantzi handiagoa duela kontzientziaraztea; b) EPNekin lotutako aldagaiak jakinaraztea eta jendeari egin behar denari buruz informazioa ematea. Gaiak elikadura ereduekin, gorputz-irudi eta presio soziokulturalarekin, auto-estimularekin eta EPNekin lotutako aldagai guztiekin erlazionatuta daude. Metodologia aktiboa eta partehartzaila da: talde teknikak eta elkarrekintza. Emaitzak: Batez beste 8 neska eta 2 mutil etorri ziren. Erakarpen fisikoa eta soziala argaltasunari esleitzen zitzaizkien kasuen %94an. Etorritakoen %68.8k normal-lodi ikusten zuen bere burua eta %62.4k bi izari gutxiago izan nahiko litzuzke. %30ak presio hori familiar sumatzen du. Pertsonen %60k du lagun edo familiakoren bat EPN motaren batekin. Ondorioak: Testen emaitzek egiaztatzen dutenez, tailer mota hauek ingurune ez klinikoetan erabiltzeak onura sozial eta komunitarioak ditu.

Ramos, P; Pérez de Eulate, L; Liberal, S; Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 15-16.

Laburpena: Elikadura Portaeren Nahasmenduak (EPN) (anorexia, bulimia, bigorexia*, ortorexia*) estuki lotuak daude gorputz-irudiaren aldaketen zio edo ondorio gisa. Horregatik, horren distortsioa EPN diagnostikatzeko irizpidea da. Harremana ezagutzen dugularik gorputz-irudiari buruzko alde batzuk aztertu ditugu gazte euskaldunetan: %47k argalago egon nahiko luke; %16k izuri bat gutxiagorekin arropa hobe izango lukeela dio; %37ren ustez, beren inguruko neskek berak baino gutxiago pisatzen dute; %29k ezagutza arazoak dituzte adin bereko nerabeen pisuari buruz; familiako presioari dagokionez, %79k pixka bat jasotzen duela dio; %53 argaltzeko prest egongo litzateke bere irudi fisikoa hobetzeko, emakumeak (%63), gizonak (%44). Datu horiek erakusten dutenez, gorputz-irudia garrantzitsua da gure gazteentzat, eta baita EPN kasu askoren eragilea.

GLOSARIOA:

ALFA KAROTENOA

A bitaminaren aitzindaria (Beta karotenoarekin batera) eta elikagai antioxidatzaile bezala jarduten duena. Beta Karotenoarekin batera, A bitaminako kopuru esanguratsuetan bihurtu ohi diren karotenoideak dira. Hala ere, organismoak behar dituen heinean bihurtzen ditu A bitamina. Alfa eta beta karotenoak oso garrantzitsuak dira sistema immunologikorako eta infekzioen aurrean erresistentzia eragiten dute.

ANOREXIGENOA

Substantzia honek gosea kentzen du.

ANOREXIA NERBIOSOA

Gutxieneko gorputz pisu normal bat mantentzearen bazterketa, pisua irabazteari beldur itzela eta gorputzaren forma eta tamainaren pertzeptzioaren alterazio esanguratsuan datzan nahaste mentala da.

1- Pertsonaren aldetik gutxieneko gorputz pisu normala edo handiagoa mantentzearen bazterketa.

2- Pisu teorikoaren %15eko edo gehiagoko pisuaren galera.

3- Pisu irabazteari beldur itzela, pisu normaletik behera egonda ere.

4- Gorputz islaren eta pisuaren baloraketa nahasteak. Gorputz irudiaren distortsioa.

5- Nesketan, jarraian hilerokoaren hiru zikloren galera. Emakume batek amenorrea duela esaten da, hilerokoa hormonak hartu ondoren bakarrik izaten baditu. (Estrogenoak).

Azpitalde Bulimikoa: Anorexia Nerbioso garaian pertsonak, behin eta berriro gehiegizko jatealdiak izaten ditu.

Azpitalde Restriktiboa: Anorexia Nerbioso garaian pertsonak EZ ditu behin eta berriroko gehiegizko jatealdiak izaten.

ALEXITIMIA

Alexitimia, emozioak identifikatu eta espresatzerakoan zailtasuna izateagatik eta aktibazio emozionalarekin bat datozen sentipen-somatikoak fokalizatu eta handitzeko tendentziagatik bereitzen den emozio-prozesatzearen nahasketa da. Alexitimia maila handiak izaten dituztenek ondorengo ezaugarriak aurkezten dituzte:

- Sentimenduak identifikatu eta aktibazio emozionalarekin bat datozen sentipen fisiologikoetatik bereizteko zailtasuna..

- Beste pertsonen sentimenduak azaltzeko zailtasuna.

- Fantasiarako, oroitzapenentzako eta emozioen erabilpen sinbolikorako gaitasun murriztua eta kanpoko gertaerei buruzko muturrera orientatuko pentsakera patroia.

AUTOESTIMA

Banakakoek beren buruei buruz duten sakoneko eritzi emozionala da, bere arrazoietan banakakoaren arrazionalizazio eta logika gaintzen dituena. Hitz hau Ego terminoarekin nahastu ohi da, honek banakoak bestean aurrean bere buruari buruz azaldu ohi duen jarrera harroputza adierazten baitu eta ez honek bere buruari buruarekiko duen benetako jarrera edo aukera emozionala.

BETAKAROTENOA

Beta karotenoa organismoak A bitamina bihurtu ohi duen landare jatorriko sustantzia da. Antioxidatzaile eta sistema immunologikoaren indartzaile bezela ere jardun ohi da. Berde ilun eta hori laranja koloretako landareak karoteno iturri onak dira. Bitamina-gehi-garri gisa ere aurki daitezke.

BETAKRIPTOXANTINA

Sistema biologikoetan aurkitu ohi den pigmentu karotenoidea.

BIGOREXIA

Irudi fisikoarenganako arduraren obsesioa eta gorputz irudi distorsionatua (dismorfofo-biak) ezaugarri nagusitzat dituen buru nahastea da. Jarduera fisikoarekiko adikzioa dakar berarekin (era berezian gihar ariketekikoa). Honela, bigorexikoek gehiegizko jarduera fisiko egiten dute beraien giharrerian garatu eta ahul itxura ekidin asmoz. Honekin batera elikaduran ere desoreka nabarmena eman ohi da karbohidrato eta proteina proportzioa izugarri igo eta asko lipidoena jaitsiz. Honek gora-behera metaboliko garrantzitsuak sor ditzake, are gehiago gaixoak esteroideak hartzen dituenen. Sarritan, gorputzarekiko duten obsesio honek denbora luzez gimnasioan sartu eta gizartetik isolatzera daramatza

BIZITZAKO GERTAERA ESTRESANTEAK

Familiako kideen garapenean eragiten duten eta egoera berriari egokitzapen bat exigitzen duten gertaerak dira. Garapenaren fase bat geldiarazi eta baliabide berrien bilaketara bultzatu ohi gaituzten ezusteko gertaerak izaten dira (banaketak, dibortzioa, istripuak, koleratzeak, gaixotasunak, etab...). Batzutan baliabide hauek ez dira ondo egokitzen eta kroniko bihurtuz gero, gatazka serioak sor ditzaketen estres egoeretara eramanez gaitzakete.

BULIMIA NERBIOSOA

Gehiegizko jate alditan eta pisu-irabaztea ekiditeko metodo konpentsatzaileetan oinarritzen den adimen-gaixotasuna da.

1- Behin eta berriroko gehiegizko jatealdiak.

Honela bereizten dira:

a. *Denbora batean zehar (adibidez, bi ordutan) jendearen gehiengoak denbora edo baldintza horietan jango lukena baino gehiago jatea.*

b. *Gehiegizko jatealdian, kontrol falta sentimendua (adibidez, jateari uzteko edo jaten ari zaren jaki kopurua kontrolatzeko gaitasunik ez izatea).*

2- Gehiegizko jatealdiengatik deskontrol eta erruduntasun sentimendua.

3- Gehiegizko jatealdien ondoren, hauek eragindako pisuaren handitzea konpentsatzeko jarraian ematen diren jokabide ezegokiak, hala nola, gorakoa, libragarrien erabilpena, jarduera fisikoaren gehikuntza eta baraua.

4- 3 hilabetetean zehar batazbeste 2 aldiz, gehiegizko jatealdiak.

5- Autoestimazio pisua eta gorputz islaren gehiegizko eragina.

6- Nahastea ez da Anorexia Nerbiosoko episodiotan bakarrik ematen.

– *Purgatiboa*: Pertsonak normalean gorakoa eragiten dio bere buruari edo libragarri edota diuretiko gehiegi kontsumitzen dituzten pisu handitzea ekiditeko.

– *Ez purgatiboa*: pertsonak bestelako jokabide konpentsatzaileak erabiltzen dituzten baraua edo gehiegizko gorputz ariketa baina ez dio bere buruari gorakoa eragiten, ezta libragarriak edota diuretikoak kontsumitzen.

D BITAMINA

Gantzetan disolbatzen den bitamina honek hesteetako Ca eta P -aren xurgatzean hartzen du parte, eta ondorioz mineral hauen hotz eta hezurretako metaketan eragiten du.

D-3 BITAMINA

D bitaminaren formatako bat da. Eguzki argia D bitaminaren iturri garrantzitsua da, izan ere izpi ultramoreek D bitaminaren sintesia eragiten dute azalean. Eguzki argiaren eraginez 7-dihidrokoesterola kolekalziferol (pro-D3 bitamina) bihurtzen da eta ergosterola ergokolesterol (pro-D2 bitamina). Honez gain orde aurrekari hauek beste aldaketa batzuk jasan behar dituzte D bitaminaren forma aktibo bihurtzeko. Aldaketa hauek lehenik giblean eta ondoren giltzurrunean gertatzen dira. Beraz, esan dezakegu D bitaminaren sintesia hein handi batean azalaren pigmentazio eta eguzki argitan egondako denboraren baitan dagoela.

DOWN SINDROMEA

Buru atzerapen txikia edo larria sortzen duen 21. kromosomako aldaketa eragindako jaiotzatiko malformazio da.

DIETETIKAREN INGURUKO AHOLKU OSASUNGARRIAK

Bizimodu osasungarriagoa bultzatzen duten aholkuei esaten zaie, elikadurari eta ariketa fisikoari loturik.

DISFORIA

Ondoez nagi edo indeterminatu orokorrari egiten dio erreferentzia, depresio, tristura, melankolia, eta ezkortasun sentimenduez lagunduta joaten da, batzutan euforiaren aurkako sentimendu bezala erabiltzen da.

DISLIPEMIA

Odoleko lipido kontzentrazioaren desoreka. Gehienetan kolesterola eta triglizeridoak neurtzen dira.

DISMORFOFOBIA

Gorputzeko akats minimo edo gorputzeko akats imaginarioek eragindako gehiegizko ardurak da. Dismorfofobia duen pertsonak, itsusi sentituko du bere burua besteentzat nabaria dela pentsatuz, naiz eta bere itxurak aparteko ezer ez izan. Nahaste psikologiko hau duten pertsonak etengabe zirugia estetikorak jotzen dute sentitzen duten larritasuna edo frustrazioa ekiditeko.

EGOKITZE DIADIKOA

Bikote harremanari dagokio, bikote harremanaren pertzeptzioa bikote kide bakoitzaren arabera nola egokitzen den isladatzen du (parekatze maila).

ELIKADURA JOKAEREN DESOREKA ZEHAZTUGABEA

Desoreka zehatz baten baldintzak betetzen ez dituzten gainerako elikadura jokaeren desorekak dira:

Anorexia Nerbioosoaren baldintza guztiak betetzen ditu hilerokoa normaltasunez izaten duenaren salbuespenarekin.

Anorexia Nerviosoaren baldintza guztiak betetzen ditu baina pisu handia galdu arren bere pisua normaltasunaren barruan sar daiteke

Bulimia Nerviosoaren baldintza guztiak betetzen ditu baina janaldi konpulsiboak bi hilabeteren barruan astean bitan baina gutxiago gertatzen dira.

Pisu normaleko norbait maiztasunez ustezko elikadura gehiegikeri txikiak era desegokian orekatzen saiatzen denean (adib: gozo bat jan ondoren oka egiten saiatzea).

Janaria murtxikatu bai baina itu egin eta kanporatuz jatekoaren zati bat irensten ez duena.

Elikadura konpulsiboko desoreka, baina gehiegikeriak orekatzeko bulimia jasaten dutenek dituzten orekatze moduak erabiltzen ez dituenak.

FAMILIAKO TERAPIA SISTEMIKOA

Buruko gaixotasun eta desoreken eragile nagusiak hedatze ereduak direla uste duen tratamendu psikologikoa. Honela bada, tratamenduak pertsona banakoaz gain sistema ezberdinez osaturiko bere inguru guztia hartu beharko du (anaia-arreba, guraso, familia, etab.)

FUNTZIO PLASTIKOA

Organismoko ehunen zelulak sortu eta berriztatzeko funtzioa.

FUNTZIO KATALIZATZAILEA

Hainbat erreazio-kimikotan esku-hartzen du, erreazio horiek egoki eta denbora egokian egitea ahalbidetzen du.

GANTZAREN BANAKETA ANDROIDEA

Gorputzaren erditik gora koipe ugari duten pertsonen gaixotasuna da. Gerri/mokorraren indizea 1 baino handiagoa da gizonetan eta 0,9 baino handiagoa emakumeetan.

GANTZAREN BANAKETA GINOIDEA

Emakumeek izaten dute batez ere. Koipea gorputzaren erditik behera agertzen da gehien bat: mokor aldean, ipurmasailean eta izterretan. Gerri/mokorraren indizea 1 da gizonetan eta 0,9 emakumeetan.

GRUPO KONTROL

Inungo tratamendurik jaso ez duen eta Interbentzio Taldeko (tratamendua jaso dutenak) neurketa erregistro berdinak aurkezten dituen lkerketa bateko muestra osoaren parte bat.

HIPERANDROGENISMOA

Androgeno-kontzentrazioa handitzea, gizonaren sexu-hormonak alegia.

HIPERURIZEMIA

Odoleko azido urikoa handitzea.

HIPOBENTILAZIO SINDROMEA

Biriketatik haizea hartu eta botatzeko gaitasuna murrizten duen patologia da.

JOKABIDE PURGATIBOAK

Adimen nahasmenen diagnostiko eta estatistika eskuliburuak DSM-IV, Anorexia nerbiosodun (AN) eta Bulimia nerbiosodun (BN) pazienteak, pisuaren kontrolerako aplikatutako jokabide purgatibo edo ez purgatiboen arabera bereizten ditu, hau da, norberak bere buruari eragindako gorakoak, libragarri edota diuretikoek erabilera.

KAROTENOIDEAK

Landaretan, eta beste organismo fotosintetiko batzutan (algak, honddo eta bakterio klase batzuk) aurkitzen diren pigmentu organiko batzuk dira. Talde honetan 400 konposatu natural inguru ezagutzen dira.

KOLEZISTOKININA

Hormona hau digestio-hodian sortzen da eta asetu egiten ditu gizakiak zein animaliak

KOMORBILITATEA

Elikadura-jokabidearen desorekei lotutako beste desoreken presentzia edo koexistentzia (adimen edo pertsonalitatekoak).

KINESTESICO

Hiru oinarriko sistema ditugu gure burmuinean informazioa errepresentatzeko: ikusizko errepresentazioa, entzutezkoa eta kinestesikoa. Gure jaki gustokoenaren zaporea, edo abesti bat entzuten dugunean sentitzen duguna gogoratzen dugunean sistema kinestesikoa erabiltzen dugu. Kanal kinestesikoari lehenetsua ematen dioten pertsonak, garrantzi handi ematen diete sentazioei. Garrantzitsua da kasu hauetan alderdi afektiboa eta emozioak erabiltzea.

LEPTINA

Ehun adiposoan sortzen den proteina da. Ehun hori erregulatzen laguntzen du. Nerbio-sistema zentralaren bidez egiten du lan. Badirudi gosea gutxitu egiten duela eta energia-gastua handitu.

LIKOPENOA

Likopenoa landare iturriko pigmentua da, gantzetan disolbagarria, eta tomateei kolore gorria ematen diena, eta neurri txikiagoan beste fruitu eta barazki batzuei. Karotenoideen familiakoa da, Beta karotenoa bezala, eta gorputzak sortzen ez duenez, jaterakoan hartu beharrekoa.

LIPIDOAK

Lipidoak izaki bizidunen funtzionamendu egokiari laguntzen dieten konpostu kimikoa dira. Molekula organikoz osatuak, gehienak biomolekulak eta Karbono eta hidrogenoz osatuak bereziki eta kopuru murriztagoan oxigenoz, nahiz eta fosforoa, azufrea eta nitrogenoa ere izan ditzaketen. Hauen ezaugarri nagusia, hidrofobikoak eta disolbagaitzak izatea da. Lipidoek era ez egokian gantzak deitzen zaie, nahiz eta lipido guztiak gantzak ez diren.

LUTEINA

Karotenoideen familiako antioxidatzailea da landaretan aurkitzen diren eta lipidoetan disolbatzen diren pigmentuak). Retinaren erdialdean aurkitzen diren karotenoide nagusia da. Espinaka, aza, letxuga eta arraultzaren goringoa aberatsak dira luteinan.

MULTI-IMPULSIBOTASUNA

Lacey-ek proposatu zuen kontzeptua, hainbat sustantziaren gehiegikeria, bulimia eta soziopatiaren koexistentzian oinarrituz. Hauek jakabide inpulsiboaren kontrolerako mekanismoen porrotarekin dute zerikusia.

NEUROTIZISMOA

Pertsonalitatearen oinarritzko dimentsioetako bat bezala deskribatu zuen Eysenck-ek. Honek estrés nahiz fisiko naiz psikologikoarekiko, edo frustrazio egoera edo egoera gatazkatsuen aurrean tolerantzia baxua adierazten du. Estresa eta neurozitisismoaren arteko erlazioa oso markatua da.

OSTEOKALTZINA

Hezuraren formazio indizea neurtzen duena markatzailea. Bakarrik hezurretan aurkitzen da, hezurreko proteina ez kolagenoen %10tik %20ra ordezkatur. Bere garrantzia hezuraren sorreran hartzen du.

ORTOREXIA

Era osasuntsuan jateko obsesioa da eta bulimia eta anorexiarekin batera elikaduraren nahaste kontsideratzen da. Orokorrean, ortorexia duten pertsonak nahiago dute gosea pasa (denbora luzez), osasuntsuzat jotzen ez dituzten jakiak kontsumitzea baino, hau da, gehigarri, grasa eta halakoak dituzten jakiak jatea baino; jatexeetara edo lagunen etxeetara joateri utz diezaiokete, jango dituzten jakiek kalte egingo dietenaren beldurrez. Ortorexiadun pertsonak jakien murrizketa sendoak inposatzen dizkiete euren buruei, horrek zuzenean beraien osasunean eragiten dielarik, hipotensioa edota bitamina eta kaltzio falta eraginez (osteoporosia).

PENTSAMENDU DIKOTOMIKOA

Pentsamendu polarizatua da. Beltza edo txuria edota dena eta ezer ez esaten denean bezala.

PROPIOZEPTIKOA

Muskulu, tendoi eta artikulazioen funtzionamendu armonikoaren berri ematen digun sistema da. Mugimendu norabide eta motak erregulatzen ditu; erreazio eta erantzun automatikoak, biziraupenerako garrantzitsuak direnak erregulatzen ditu eta giza eskemaren garapenean parte hartzen du.

PROTEINAK

Aminoazidoz osaturiko masa molekular handiko makromolekulak dira. Karbono, hidrogeno, oxigeno eta nitrogenoz osatzen dira eta kate bakar edo anitzez osaturik egon daitezke. Proteina batzuk sufrea izan ohi dute eta beste hainbatek P, Fe, Mg edo Cu besteak beste.

PROTEINA DESAKLOPATZAILEAK – UCP1 – UCP2

Koipearen bitartez, bero-produkzioa erregulatzen dute.

PSIKOTIZISMOA

Eysenck-en esanetan psikotizismoa nortasunaren hirugarren dimentsio orokorra bezala uler daiteke (barnerakotasuna-konporakotasuna/neurofizismoa/psikotizismoa).

Psikotizismo maila altua duten pertsonen ezaugarri nagusienetakoa pertsona bakartia, problematiko eta etengabe sententzia eta gauza arraro eta ezohikoak bilatzen dituztenak izatean datza. Sarritan psikotizismo maila altuak heldutasun eza, arduragabetasuna, autoritateari aurre egitea, independentzia, zuzentzeko zailtasunarekin lotuta ematen dira. Ez dira laguntzaileak izan ohi, ez eta arretatsuak ere. Bestalde oso kreatibo eta originalak dira, baina gainerako pertsonak gutxietsi eta menperatzeko joera dute.

SELF IDEALA

Gure Ni Idealari, izan nahi dugun moduko ereduari, erreferentzia egiteko erabiltzen den terminoa da.

SEROTONINA

Gogo-aldarteak erregulatzen dituen neurotransmisorea da. Zerikusia dauka janaria kontrolatzearekin.

25 OH SUEROA

Odoleko 25-hidroxi D bitamina neurtzen duen azterketa biokimikoa da.

Y NEUROPEPTIDOA

Gosearen estimulatzaile-zentral indartsua da. Aldi berean energia-gastua gutxitu egiten du.

ZEAXANTINA

Aza berdea, espinaka, brokoki, letxuga, ilar, azalora eta artoan aurkitzen da.

GALDEKETA ETA ESKALAK:

BDI (Beck, 1978): Depresio sintomak dauden edo larriak diren ebaluatzeko baliabidea da, bere balio eta fidagarritasuna frogatu baitu populazio kliniko nahiz ez klinikoan. Depresio nahasmenduen diagnosi-irizpideei dagozkien sintomak ebaluatzeko garatu da; *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-en (DSM-IV)* deskribatuak, *American Psychiatric Association*. Frogak 21 item ditu eta depresio larri edo ospitaleratzea eskatzen duenaren ohiko sintomak identifikatzea du helburu.

BSQ: Honako lau azpi-eskaletatik puntuazio orokor bat lortzen uzten duen baliabidea da: Gorputzarekin pozik ez egotea; Gizentzeko beldurra; Estimua baxua irudi fisikoa dela eta; Pisu Galtzeko Desioa.

CIMEC-26: Galdeketa bat da, gailentzen den Gorputz-irudiaren modelo estetikoak helarazten dituen eragile eta egoerek pertsonarengan duten eragina zehaztu nahi duena.

CGI: Inpresio kliniko orokorraren eskala. CGI eskala gaixoaren inpresio orokorri buruz ari da eta medikuak eriarri ebaluatzen zaion sintoman esperientzia izan behar du. Hobekuntza kontzeptua oraingo egoera eta tratamendua hasi aurrekoaren artean dagoen distantzia klinikoa da. CGI hobekuntza eskala tratamenduan edo hori bukatu ostean bakarrik burutu daiteke. Zazpi larritasun kategoria ditu, "gaixotasunik eza"-tik hasi eta "oso larri" arterainokoak.

DAS (Spanier, 1976): Bakoitzak bere buruari egindako itaunketa da, 32 galdera dituen. Horrek lau azpi-eskaletan adierazten dizkigu adostasun, poztasun, kohesio, afektu erakustaldiak eta baita bikotekideen erabateko adostasuna.

EAT-40 (Garner eta Garfinkel, 1979): bakoitzak bere buruari aplikatutako proba da, 40 item dituen. Janari, pisu eta kirolarekiko jarrera, sentipen eta ardurak ebaluatzen ditu. Ebakidura puntua 30 da.

EDI-2 (Garner, 1998): Gaur egun hain zabalduak dauden elikadura portaera nahasmenduak ebaluatzeko baliabide nagusia izango da. 99 elementu ditu eta horiek 11 eskaletan puntuatzea posible egiten dute; 8 nagusi (argaltasunarengatik obsesioa. Bulimia, Gorputzarekin pozik ez egotea, Eraginkortasunik eza, Perfekzioa, Norbere buruarekiko mesfidantza, Errefusatze kontzientzia, eta Heldutasunari beldurra) eta beste 3 (Onarpena, Oldarkortasuna, eta Gizarte segurantzarik eza).

EEAG: Jarduera orokorraren eskala. Jarduera psikologiko, sozial eta laboralaren funtzionamendu maila neurtzeko baliabidea.

EPQ (Eysenck, 1975): Izaera hiru dimentsiotan ebaluatzen du: Egonkortasunik eza (neurotizismoa), Kanporakoitasuna eta Gogortasuna (psikotizismoa). Bi eskalekin neurtzen da, zintzotasuna eta portaera antisozialerako joera. Aplikazioa: Kolektiboa. Denbora: Aldakorra, 30 minutu gutxi gorabehera. Adina: 8 eta 15 urte bitartean J forma eta 16 urtetik aurrera A forma. Itaunketa hau, egile berek aurretik egindako beste batzuen garapena da. Gero eta gehiago erabiltzen da kasu kliniko, portaera nahasteak eta esko-la-orientabideak diagnostikatu eta ikertzeko.

FES (Moos eta Moos, 1987): Famili giro sozialak neurtzeko erabiltzen den eskala da. FES-ek hiru arlotan ebaluatzen du familia: 1) Kideek orain duten benetako familia giroa nola hautematen duten (R formularioa). 2) Kideek familia giro egokia zein den nola hautematen duten (I formularioa). 3) Pertsonak egoera jakin batzuetan bere familia giroa nolakoa izatea espero duen (E formularioa). Horretaz gain, harremanari buruzko 3 azpi-eskala daude (kohesioa, adierazkortasuna eta gatazkak); hazkunde pertsonalari buruzko bost (independentzia, gauzak lortzeko laguntza, kultura orientabidea, birsortze orientabidea, eta erlijio-moralaren enfasia); eta antolakuntza eta kontrolari buruzko beste bi.

GHQ-28 (Goldberg eta Hillier, 1979): Osasun Orokorreko Itaunketa (GHQ-28). Hori komunitatean eta medikuntza orokorrean "kasu" psikiatriko ez psikotikoa identifikatzeko garatu zen. Guk 28 itemeko bertsioa erabili dugu gure ikerketan, 1979an azaldu eta *Lobo eta cols*-ek itzuli eta balioztatu zuena. "Screening" baliabidea da, orokorrean asko erabiltzen dena. Ebakidura puntua 4/5 artean jartzen dugu; hau da, 4 edo hortik behe-rako puntuazioa nahasmendu psikiatrikoa izateko aukera txikiaren baliokide litzateke, 5 edo hortik gorakoa berriz, disfuntzio psikiko nahikoa litzateke diagnostiko psikiatriko formala emateko.

GMI: Gorputz Masaren Indizea (GMI, ingelesezko siglak: BMI-Body Mass Index) zenbaki bat da, altuera eta pisuaren bidez pertsona batek izan dezakeen pisu maila osasuntsuena zehaztu nahi duena. Elikadura adierazle moduan erabiltzen da 1980tik. GMI masa (kilogramotan) eta altuera (metroan) ber bi -ren arteko zatiketa da.

$$\text{LAUKIKO TESTUA IMC} = \frac{\text{pisua (KG)}}{\text{altuera}^2 \text{ (m)}}$$

Ebakidura puntuak:

- * < 16,5 : Ospitaleratze-irizpidea
- * 16,5 a 18,5: Pisu gutxiegi
- * 18,5 a 20,5: Pisu gutxi
- * 20,5 a 25,5: Pisu normala
- * 25,5 a 30: Gehiegizko pisua
- * 30 a 40: Gizentasun ia erigarria
- * >40: Gizentasun erigarria

MMPI (Hathaway eta McKinney 1951): Minesottako Fase askotako nortasun inbentarioa. Nortasuna ebaluatzeko baliabidea da.

PICTA: Nerabeekin eta neska-mutil koskorrekin lan egiteko baliabidea da, elikadura nahasketa ekar dezaketen arriskuak ekiditeko Gazteek beren buruaz eta besteenaz duten gorputz-irudiaren alderdiak aztertzen dira eta baita elikadura portaeren nahasmenduak sor ditzaketen arrazoi eta mekanismo psikologikoak ere.

SAS (Zung, 1971): Bakoitzak bere buruari egin diezaiokeen 20 galderako itaunketa da, ansia sintomak dituzten gaixoen ansia maila zenbatekoa den jakiteko diseinatu dena. Espainiarren batez bestekoa 35 da eta 45etik gorako puntuazioak ansia sintomak adierazten ditu (Conde eta Franch, 1984).

SCL 90-R (Derogatis, 1983): Aurpegi askotako itaunketa motza, bakoitzak bere buruari egin diezaiokeena. Maila anitzeko arazo psikologiko eta sintoma psikopatologikoak aztertzeke diseinatu da. Hiru informazio maila ditu: hiru indize orokor, buru osasuneko lehen mailako bederatzi dimensio sintomatiko eta sintoma diskretu maila. Une jakin batean gaixo baten sintoma eta intentsitatea ebaluatu ditzake eta hori oso baliagarria izan daiteke lagun bat tratamenduaren fase ezberdinetan zehar ebaluatzeko.

TAS-20 (Bagby, et al., 1994): Aurpegi askotako alexitimina eraikuntzaren hiru osagai nabarmen balioztatzen dituzten hiru faktore ditu: sentipenak identifikatzeko zailtasuna, sentipenak besteei jakinarazteko zailtasuna eta kanpotik orientatutako pentsamendua. Taylor et al (1996) jarraiki 60 izango litzateke ebakidura puntua.

Informazio gehiago:

D'ELIKATUZ
Elikadura eta Gastronomia Zentroa, Ordizia
Santa Maria 24, 20240 Ordizia
Tel. 943882290
delikatuz@ordizia.org

D'ELIKATUZ BIZI kanpainari buruzko informazio gehiagorako:
www.delikatuzbizi.com

IÑIGO OCHOA DE ALDA
AVAPSIko lehendakaria eta EHU-ko Psikologia Fakultateko irakaslea
Euskal Herriko Unibertsitatean
Tel. 943015261
Email. inigo.ochoadealda@ehu.es

AVAPSI
Psikoterapia Dinamikoa eta Sistemikoaren Euskal Elkarte
Tel. 943430324

ACABE Gipuzkoa
Anorexiaren eta Bulimiaren aurkako Elkarte
Mons Pasealekua 23. 20015 Donostia
Tel. 943 326 250
Email. gipuzkoa@acabeuskadi.org