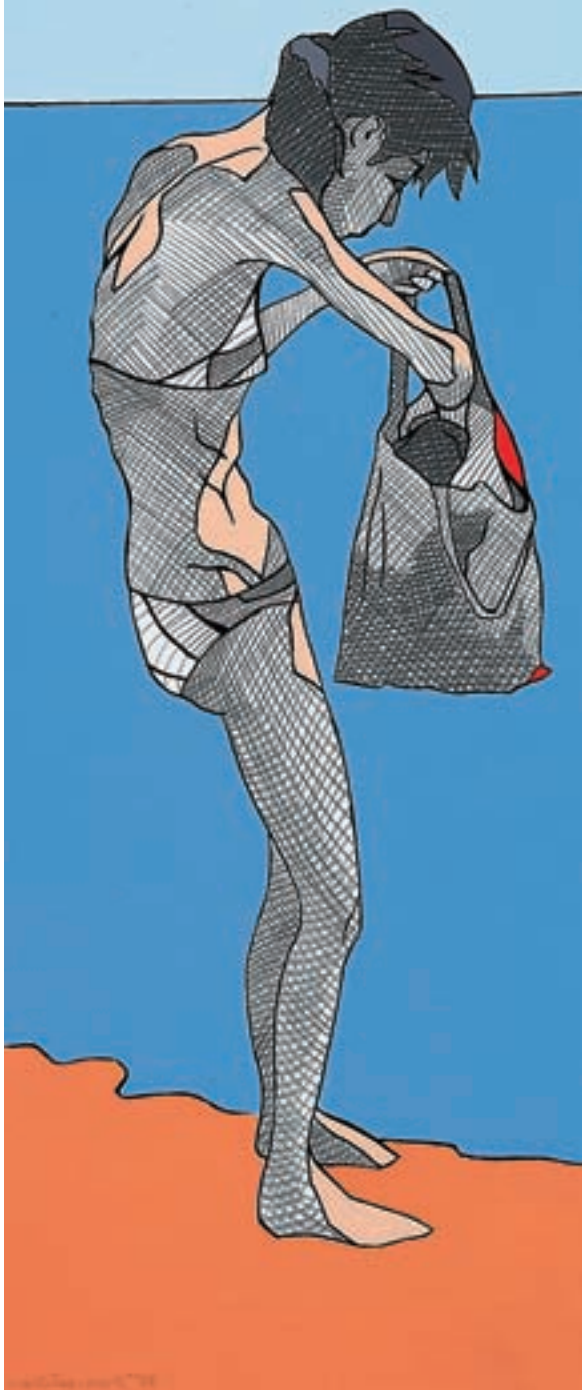


«La magror és l'estat d'un individu per al qual la carn muscular, no estant repleta pel greix, deixa percebre les formes i els angles de l'estructura òssia.»

Brillat-Savarin



M^a Inmaculada Martínez Martí, *El paradís il·lustrat (prima 1)*, 2006. Tècnica mixta sobre paper, 11,5 x 31,5 cm.



M^a Inmaculada Martínez Martí, *El paradís il·lustrat (prim 1)*, 2006. Tècnica mixta sobre paper, 11,5 x 31,5 cm.

LA NOVA EPIDÈMIA DEL SEGLE XXI

ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Helio Marco

THE NEW EPIDEMIC OF THE 21ST CENTURY. EATING DISORDERS. AMONG EATING DISORDERS, ANOREXIA AND BULIMIA ARE THE TWO ILLNESSES THAT HAVE BECOME MORE SERIOUS IN RECENT YEARS. THE BODY CULT, MODELLING BOOM AND SEARCH FOR STEREOTYPES THAT ARE NOT IN KEEPING WITH HEALTH HAVE ALL LED TO A GREAT MANY OF THE YOUNGER POPULATION FEELING DISSATISFIED WITH THEIR BODY IMAGE, CHANGING THE PERCEPTION OF THEIR BODIES AND AFFECTING BOTH THEIR FAMILIES AND THEIR FRIENDS.

Els trastorns de la conducta alimentària són aquelles síndromes en què hi ha una alteració greu de la conducta alimentària, fonamentalment com a conseqüència dels dramàtics intents que els pacients fan per controlar el seu pes i el seu cos. En l'actualitat els diagnòstics principals són: anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa i afartament compulsiu.

■ ANORÈXIA NERVIOSA, LA DEFORMACIÓ DE LA IMATGE

La característica principal de l'anorèxia nerviosa és l'extrema preocupació que aquests pacients (com que fonamentalment són dones, m'hi referiré a partir d'ara en femení) tenen sobre el pes i la figura corporal. Aquestes pacients presenten una sèrie de comportaments dirigits a modificar o alterar aquell cos i aquell pes amb què no se senten a gust i del qual estan insatisfetes. Els criteris diagnòstics de l'anorèxia nerviosa del DSM-IV-TR (Trastorns Generalitzats del Desenvolupament) i la CIM-10 (Classificació Internacional de les Malalties) es presenten a les taules 1 i 2

La primera cosa que crida l'atenció en aquestes pacients és la força amb què es neguen a mantenir el seu pes en l'interval normal per a la seua edat i estatura i el gran desig per mantenir-se en un pes molt per sota, sense que els importe les conseqüències fisiològiques i psicològiques que això comporte. Generalment la pèrdua de pes s'aconsegueix mitjançant una disminució de la ingesta total. Comencen exclouent de la seua dieta tots els aliments amb alt contingut calòric i, a poc a poc, la majoria d'elles acaben amb una dieta molt restringida, limitada a uns pocs aliments.



© Fotografies article: Miguel Lorenzo

«EN UNA CULTURA ON LA PRIMESA ÉS BELLESA I EL PES MITJÀ DE LA POBLACIÓ GENERAL VA INCREMENTANT-SE, ÉS LÒGIC QUE AUGMENTEN ELS TRASTORNS ALIMENTARIS I LA INSATISFACCIÓ AMB EL PROPI COS»





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

Subtipus:

- **Tipus restrictiu:** Caracteritzat per quadres clínics en què la pèrdua de pes s'aconsegueix fent dieta, dejenant o realitzant exercici intens. No es recorre a afartaments ni a purgues.
- **Tipus compulsiu/purgatiu:** Durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, l'individu recorre regularment a afartaments o purgues (per exemple, provocació del vòmit o ús excessiu de laxants, diürètics o ène-

Taula 1. Criteris diagnòstics del DSM-IV-TR (trastorns generalitzats del desenvolupament) de l'anorèxia nerviosa.

A més, utilitzen altres «estratègies» per a perdre pes com ara les purgues després de les menjades o l'exercici físic excessiu.

Fins i tot quan té un pes molt baix, la pacient manifesta por intensa a convertir-se en obesa. En un nombre important de casos aquesta por és provocada per l'alteració de la imatge corporal, és a dir, les pacients temen convertir-se en persones més *grasses* del que es *veuen* i *senten*, sense estar-ho objectivament. Són pacients que perceben determinades parts del seu cos més grosses del que realment són. A més, temen que si ara no es troben a gust amb el seu cos, aquesta insatisfacció s'incrementarà quan augmenten de pes. No és casualitat que aquestes parts coincideixen amb aquelles amb què estan més insatisfetes, que solen ser cuixes, malucs,

**«S'HA MULTIPLICAT PER 5
EL NOMBRE DE CASOS
D'ANORÈXIA COM DE
BULÍMIA. ELS TRASTORNS
DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA
S'HAN CONVERTIT EN UNA
“EPIDÈMIA SOCIAL”»**

- a) Pèrdua de pes, o falta de guany de pes en els nens, que condueix a un pes corporal almenys el 15% per sota del pes normal esperat per a l'edat i talla corresponent.
- b) La pèrdua de pes és autoinduída mitjançant:
 - l'evitació d'aliments «que engreixen»;
 - vòmits autoprovocats;
 - purgues intestinals autoprovocades;
 - exercici físic excessiu;
 - consum de fàrmacs anorexígens o diürètics.
- c) Distorsió específica de la imatge corporal psicològica, en forma d'idea sobrevalorada i intrusa de por intensa i persistent a l'obesitat, de tal manera que el malalt s'imposa romandre per sota d'un límit màxim de pes corporal.
- d) Trastorn endocrí generalitzat que afecta l'eix hipotàlem-hipòfisi-adrenals, posat de manifest en la dona per amenorrea i en el baró per pèrdua d'interès per la sexualitat i impotència (una excepció aparent és la persistència d'hemorràgia vaginal en dones anorèxiques sota teràpia de substitució hormonal, la forma més freqüent de la qual és la presa de píndoles anticonceptives).
- e) Si l'inici és anterior a la pubertat, es retarda la seqüència de les manifestacions de la pubertat o fins i tot s'atura el creixement.
- f) No compleix els criteris A i B de bulímia nerviosa.

Taula 2. Criteris diagnòstics del CIM-10 (Classificació Internacional de les Malalties) de l'anorèxia nerviosa.

cintura i estómac. La insatisfacció amb el cos s'incrementa després d'haver augmentat una mica de pes, encara que siga 500 grams, o després d'haver ingerit algun aliment prohibit. Aquesta preocupació per l'aspecte prim es converteix en una idea sobrevalorada que apareix de manera intrusiva, amb el resultat d'una gran pèrdua de pes que pot arribar a posar en perill la seua vida. La sobredimensió de la importància que atorguen al cos i al pes s'associa a una sèrie de comportaments anòmals centrats en el menjar i el cos que interfereix intensament en distintes àrees de la seua vida. L'estat d'ànim, l'autoestima, la seua implicació en activitats com els estudis, la feina, les relacions amb iguals, l'oci, etc. van en funció de com se senten i acaben aïllant-se, perdent l'interès per coses que abans els agradaven, o realitzant





La Unitat de Trastorns Alimentaris (UTA) PREVI de València compta amb teràpia ambulatoria, un centre de dia i un centre d'atenció continuada 24 hores on s'ingressen les pacients amb trastorns alimentaris més greus. La UTA posseeix una àmplia varietat de recursos humans, tècnics i terapèutics adaptats a les necessitats de cada cas.

les seues tasques de manera obsessiva (per exemple estudis, feina, esport). La inanició en què es troben afecta el seu estat emocional, que es veu reflectit en un estat d'ànim deprimat, alt nivell d'ansietat, irritabilitat i sobretot una gran labilitat emocional. Una conseqüència evident d'aquest estat de desnutrició és la pèrdua del període menstrual en les dones i la pèrdua de l'interès i de la potència sexual en els homes. Quan l'inici és anterior a la pubertat, es retarda o fins i tot s'atura el creixement.

■ BULÍMIA NERVIOSA, L'ANGOIXA PER LA FALTA DE CONTROL



En la bulímia nerviosa (vegeu taules 3 i 4), la característica principal i més cridanera és la presència d'atipades i de conductes purgatives que ocorren de manera repetitiva diverses vegades cada setmana. Abans de l'aparició de la bulímia nerviosa, moltes d'aquestes pacients solen presentar una gran insatisfacció amb el seu cos, es *veuen* i *se senten grasses*, independent-

«LA INSATISFACCIÓ CORPORAL I LA PRESSIÓ SOCIAL PER APRIMAR-SE CONSTITUEIXEN FACTORS DE RISC PER AL DESENVOLUPAMENT D'UN TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA»

ment que ho estiguen o no, i per això comencen a evitar els aliments que consideren més calòrics, a saltar-se menjades i a seguir dietes restrictives amb l'objectiu de reduir el pes. Després d'una època de restricció alimentària s'augmenta la vulnerabilitat a perdre el control davant el menjar, amb la consegüent aparició d'afartaments. L'estat d'ànim baix, les situacions interpersonals estressants i la fam intensa produïda per una dieta severa també poden desencadenar els afartaments. Després d'una d'aquestes menjades compulsives la insatisfacció amb el cos s'incrementa i sorgeixen sentiments de vergonya, culpabilitat, menyspreu i fàstic cap a un mateix. Una manera de mitigar aquest estat emocional tan negatiu són les conductes que compensen l'afartament, com ara vomitar. L'objectiu és, d'una banda, «expulsar» o «cremar» les calories que han ingerit, de manera que no ocorregui el que elles tant temen: engreixar-se, i, d'altra banda, sentir-se millor amb elles mateixes. Aquest hàbit es va automatitzant i les pacients s'intro-





- a) Presència d'afartaments recurrents. Un afartament es caracteritza per:
 - Ingesta d'aliment en un curt espai de temps (p.ex., en un període de dues hores) en quantitat superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període de temps semblant i en les mateixes circumstàncies
 - Sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment (p.ex., sensació de no poder parar de menjar o no poder controlar el tipus o la quantitat de menjar que s'ingereix).
- b) Conductes compensatòries inapropiades, de manera repetida, a fi de no guanyar pes, com són provocació del vòmit; ús excessiu de laxants, diürètics, ènemes o altres fàrmacs; dejuni, i exercici físic excessiu.
- c) Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades tenen lloc, com a mitjana, almenys dues vegades la setmana durant un període de tres mesos.
- d) L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la silueta corporals.
- e) L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs de l'anorèxia nerviosa.

Subtipus:

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

Taula 3. Criteris diagnòstics del DSM-IV-TR de la bulímia nerviosa.

dueixen en un cercle viciós de dieta-afartada-vòmit que, al seu torn, els fa sentir-se deprimides, nervioses i que no tenen control sobre la seua vida.

Igual com en l'anorèxia nerviosa, la valoració personal i l'autoestima estan molt influïdes pel cos i pel pes. No obstant això, a diferència del que ocorre en l'AN, en la BN hi ha certa consciència de malaltia, perquè els afartaments i els vòmits es viuen com una falta de control davant el menjar, davant el cos i davant la vida en general. És una sensació molt desagradable i per això es mos-

**«UN TERÇ DE LES DONES
I UN QUART DELS HOMES
JOVES I ADOLESCENTS
MOSTREN INSATISFACCIÓ
CORPORAL»**

- a) Episodis freqüents d'hiperfàgia (almenys dues vegades la setmana durant un període de tres mesos) en què el pacient consumeix grans quantitats d'aliments en períodes curts de temps.
- b) Preocupació persistent pel menjar junt amb un desig intens o un sentiment de compulsió en menjar.
- c) El malalt intenta cotrarestrar la repercussió de les atipades en el pes mitjançant un o més dels símptomes següents:
 - Vòmit autoprovoocat.
 - Abús de laxants.
 - Períodes de dejuni.
 - Consum de fàrmacs com ara supressors de la gana, extractes tiroïdes diürètics. Si la bulímia es presenta en un malalt diabètic, aquest pot abandonar el seu tractament amb insulina.
- d) Autopercepció d'estar massa obès junt amb idees intrusives de por a l'obesitat (que sovint condueixen a un dèficit de pes).

Taula 4. Criteris diagnòstics de la CIM-10 de la bulímia nerviosa.

tren motivades per canviar, almenys, el seu patró d'afartament-vòmit.

■ L'ALTRA CARA DE LA MONEDA, EL TRASTORN PER AFARTAMENT COMPULSIU

El trastorn per afartament compulsiu (DSM-IV-TR), també anomenat «hiperfàgia amb altres alteracions psicològiques» (CIM-10), es caracteritza per la presència d'afartaments continus de menjar desencadenats generalment per estats emocionals negatius, però, a diferència del que ocorre en la bulímia nerviosa, no hi ha conductes compensatòries. A més, s'hi solen associar determinats comportaments relacionats amb l'alimentació com ara menjar molt de pressa, menjar fins a sentir-se molt ple, menjar grans quantitats d'aliments en absència de fam, que porten a un sentiment de culpabilitat, de malestar i a la sensació de falta control davant el menjar. Aquestes circumstàncies poden donar lloc a una obesitat reactiva, sobretot en pacients amb predisposició a l'obesitat. A la taula 5 i 6 s'exposen aquests criteris.

En les últimes dècades s'ha multiplicat per 5 el nombre de casos de trastorns de la conducta alimentària, tant d'anorèxia ner-

- a) Presència recurrent d'afartaments. Un afartament es caracteritza per:
 - Ingesta d'aliment en un curt espai de temps (p. ex., en un període de dues hores) en quantitat superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període de temps semblant i en les mateixes circumstàncies
 - Sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment (p. ex., sensació de no poder parar de menjar o no poder controlar el tipus o la quantitat de menjar que s'ingereix).
- b) Aquests episodis d'afartament estan associats a tres o més dels símptomes següents:
 - Ingesta molt més ràpida del normal.
 - Menjar fins a sentir-se desagradablement ple.
 - Ingesta de grans quantitats de menjar a pesar de no tenir fam.
 - Menjar a soles per amagar la seua voracitat.
 - Sentir-se disgustat amb un mateix, depressió, o gran culpabilitat després de la fartada.
- c) Tots aquests afartaments són recordats amb profund malestar i amb gran angoixa.
- d) La ingesta voraç ocorre, com a mitjana, almenys dues vegades la setmana, durant un període de sis mesos.
- e) Perquè una persona pugui ser diagnosticada del trastorn per afartament, aquesta no ha de complir els criteris per a la BN i no abusar de pastilles de dietes, amb la intenció d'evitar guanyar pes.

Taula 5. Criteris del DSM-IV-TR del trastorn per afartament.

viosa com de bulímia nerviosa (Turón, 1997); tal com suggereix Gordon (1994), els trastorns de conducta alimentària s'han convertit en una «epidèmia social». Els estudis realitzats sobre la prevalença de l'anorèxia nerviosa entre xiques adolescents i joves adultes revelen un percentatge del 0,5-1%. Aquest trastorn afecta fonamentalment dones (95%). L'edat mitjana d'inici de l'anorèxia nerviosa és de disset anys, encara que les dades suggereixen l'existència de pics modals als catorze i divuit anys (APA, 2002). La prevalença de la bulímia nerviosa en la població general és del 1-3%. Té major incidència en el sexe femení (el 95% dels pacients són dones). L'edat d'aparició sol oscil·lar entre els 18 i 25 anys i es distribueix socialment en tots els estrats (APA, 2002).

Segons un estudi epidemiològic recent (Rojo *et al.*, 2003), en la població espanyola entre els 12 i 18 anys la taxa global de morbiditat és del 2,91%, que augmenta a 5,17% quan dividim la mostra en dones (en

- a) És la ingesta excessiva com una reacció a esdeveniments estressants i que dona lloc a l'obesitat. Dols, accidents, intervencions quirúrgiques i esdeveniments emocionalment estressants poden donar lloc a una obesitat reactiva.
- b) L'obesitat pot fer que el malalt se senti molt sensibilitzat sobre el seu aspecte i desencadenar falta de confiança en les relacions interpersonals.
- c) Pot exagerar-se la valoració subjectiva de les dimensions corporals.

Taula 6. Criteris de la CIM-10. Hiperfàgia en altres alteracions psicològiques.

el cas dels homes és de només el 0,77%). Atenent al diagnòstic, la prevalença d'anorèxia nerviosa en dones va ser del 0,45% i la de bulímia nerviosa va ser del 0,41%, menor que la registrada en altres estudis, potser a causa de la menor edat de la mostra. La taxa dels trastorns de conducta alimentària no especificats va ser de 4,71%, també en el cas de les dones.

■ INSATISFACCIÓ CORPORAL, LA RESPOSTA AL CÀNON DE LA PRIMESA

La insatisfacció corporal no és un problema exclusiu de les persones amb trastorns de la conducta alimentària. En una cultura en què, d'una banda, s'han implantat uns cànons de bellesa que exalcen la primeisa com la característica més valorada de l'aspecte físic i l'obesitat està estigmatitzada i, d'altra banda, el pes mitjà de la població general va incrementant-se a causa del sedentarisme i dels mals hàbits alimentaris, és lògic no sols que haja augmentat la incidència dels trastorns de la conducta alimentària, sinó que també en la població normal estiga present la insatisfacció amb el propi cos.

El 1985, un estudi elaborat per la revista nord-americana *Psychology Today* va trobar que dos de cada cinc dones i un de cada tres homes estaven insatsifets amb la seua aparença. Estudis posteriors han trobat que el 48% de les dones adultes tenen una valoració negativa sobre la seua aparença, el 63% no estan satisfets amb el seu pes i el 49% estan preocupades pel sobrepès. En estudis que han anat dirigits tant cap a homes com a dones s'ha trobat que el 55% de les dones i el 41% dels homes se sentien insatsifets amb el seu cos. És més, en les actualitzacions d'aquests estudis, després de 25 anys, la insatisfacció amb el propi aspecte ha empitjorat en ambdós sexes (Cash i Hrabosky, 2004).





Mitjançant la realitat virtual es treballen les pors associades a arribar al seu pes natural i saludable.

La insatisfacció amb el cos es troba especialment present entre la població juvenil i adolescent. Segons Grant i Cash (1995) un terç de les dones i un quart dels homes d'aquesta franja d'edat mostren insatisfacció corporal.

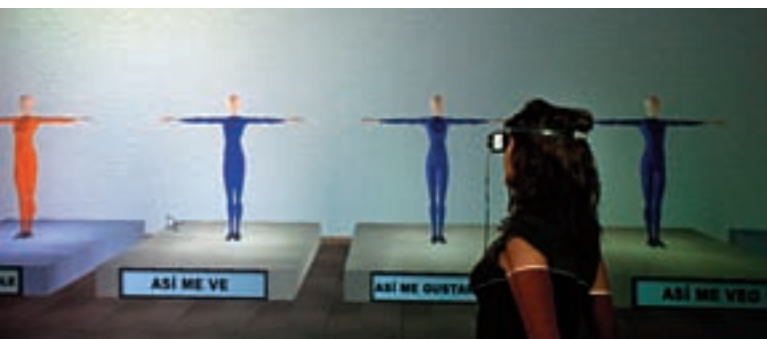
Diversos estudis han posat de manifest que, comparada amb altres variables, la insatisfacció corporal i la pressió social per aprimar-se constitueixen factors de risc per al desenvolupament d'un trastorn de la conducta alimentària (Rosen, 1992). Per aquest motiu és molt important desenvolupar campanyes de prevenció i de detecció precoç dels problemes d'insatisfacció corporal en la població universitària. Això ajudaria a reduir la incidència

dels trastorns de la conducta alimentària en aquesta població.

■ LES NOVES TECNOLOGIES AL SERVEI DEL TRACTAMENT

Fa unes dècades, les noves tecnologies, com els simuladors, la realitat virtual, les pantalles murals, etc. tenien un cost tan desorbitat que eren només per a ús exclusiu de les grans institucions, per exemple de la NASA. Tothom sap que en el camp de la informàtica s'han produït grans avenços que han tingut com a conseqüència una reducció dels costos. Per aquest motiu s'ha anat generalitzant

«UTILITZAR UNA APLICACIÓ DE REALITAT VIRTUAL PRODUÏX MILLORS RESULTATS EN EL TRACTAMENT DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA»



entre un nombre major de persones i en l'actualitat és una eina a l'abast de tots. En l'última dècada la realitat virtual s'ha estès com a eina d'avaluació i intervenció en diversos trastorns psicològics. En aquest sentit cal esmentar les aplicacions que ha desenvolupat el grup d'investigació dirigit per la doctora Cristina Botella a la Universitat Jaume I de Castelló i el doctor Marià Alcanyís de la Universitat Politècnica de València per al tractament de la claustrofòbia, fòbia a les aranyes, fòbia a volar, pànic, agorafòbia i trastorns de la conducta alimentària.

Per les seues característiques intrínseques, la realitat virtual és una eina que s'ha mostrat eficaç en l'avaluació i el tractament dels trastorns de la conducta alimentària. En estudis recents, pioners en aquest camp (Perpiñá *et al.*, 2004), s'ha trobat que incorporar un component de tractament que aborde directament l'alteració de la imatge corporal i la insatisfacció corporal utilitzant una aplicació de realitat virtual



La realitat virtual permet a la pacient comprovar les discrepàncies existents entre la visió distorsionada que té del seu cos i el seu cos real. Mitjançant aquesta tècnica, a la pacient se li mostren diverses versions del seu cos: com se sent ella mateixa, com és el seu cos realment, com li agradaria que fos, com el veuen altres persones i com seria el seu cos quan finalitze la recuperació.

produeix millors resultats en el tractament dels trastorns de la conducta alimentària.

Actualment en la Unitat de Trastorns Alimentaris PREVI de València (www.previsl.com) es fan servir aquestes noves tecnologies per al tractament dels trastorns alimentaris. La UTA PREVI de València es compon de dos hospitals de dia (a València i a Castelló), una miniresidència per als trastorns alimentaris i trastorns de la personalitat i el Centre Clínic de Psicologia. ☺

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR*. APA. Washington DC.
- CASH, T. F. & J. I. HRABOSKY, 2004. «Treatment of Body Image Disturbances». In THOMPSON, J. K. (ed.), 2004. *Handbook of eating disorders and obesity*. Wiley and Sons. Nova York.
- GORDON, R., 1994. *Anorexia y Bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Ariel. Barcelona.
- GRANT, J. R. & T. F. CASH, 1995. «Cognitive-Behavioral body image therapy: comparative efficacy of group and modest-contact treatment». *Behavior Therapy*, 26.
- OMS, 1992. *CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento*. Forma. Madrid.
- PERPIÑÁ, A. C. *et al.*, 2004. «Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: resultados al año de seguimiento». *Psicología Conductual*, 12 (3).
- ROJO, L. *et al.*, 2003. «Epidemiology and Risk Factor of Eating Disorders: A Two-Éstage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 years». *International journal of Eating Disorders*, 34.
- ROSEN, J. C., 1992. «Body Image Disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders». In CROWTHER, J. H. *et al.* (eds.), 1992. *The etiology of bulimia: The individual and familial context*. Hemisphere Publishing Corporation. Washington DC.
- TURÓN, 1997. *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Masson. Barcelona.

Helio Marco. Coordinador Clínic de la Unitat Trastorns Alimentaris PREVI de València (www.previsl.com).

