La evolución de la percepción social de los trastornos de la conducta alimentaria, y de la imagen, de los trabajadores/as sociales y su influencia en la práctica profesional

The eating and image disorders social perception's evolution of social workers and its influence on professional practice

Juan José Labora González

Universidade de Santiago de Compostela
juan.labora@usc.es

Resumen

Este trabajo expone, como fruto de una investigación de carácter cualitativo y dentro del marco de la teoría sistémica, cómo la percepción de los trastornos de la alimentación y de la imagen, de los/as profesionales del Trabajo Social está determinada por el imaginario del llamado modelo médico. Por lo cual esos trastornos son percibidos desde un punto de vista empirista y reduccionista, adoleciendo de un bajo nivel de complejidad. Tal percepción, por otro lado, estaría cargada de nociones de carácter moral (culpa, voluntad...). Asimismo, se expone la influencia de esa percepción sobre la práctica profesional, la cual puede ser gravemente sesgada. Se compara a los estudiantes con profesionales en activo que muestran una percepción con un mayor nivel de complejidad de estos trastornos.

Palabras clave: percepción; imaginarios sociales; complejidad; teoría sistémica; trastornos alimentarios.

Abstract

Using a qualitative methodology within a framework of systems theory this paper presents an investigation on the perception of eating and image disorders among Social Work in the USC and social workers in active. The research discloses a predominant biomedical model on student's perception of those disorders. Therefore, students perceive these conditions with a reductionist perceptible, suffering a lack of complexity somehow loaded with moral social bias. This paper compares these students' perceptions with a group of social workers. Our research shows how actual professional social workers present a more complex view of those diseases, fixing somehow that simplistic view of students.

Key Words: perception; social imaginaries; complexity; systemic theory; eating disorders.

Por obra de nuestros imaginarios ya sedimentados estamos demasiado inclinados a percibir la enfermedad como un fenómeno exclusivamente biológico e individual y a omitir la manera en que las desigualdades sociales, las estructuras de poder y los modelos culturales afectan y determinan la salud.

Ángel Martínez Hernández

Introducción

Como afirma Lisón Tolosana (1981: 189) si nos preguntamos: ¿qué es la enfermedad?, la respuesta parece obvia pero no lo es. Ni siquiera en el interior de nuestra propia cultura". Para, a continuación, explicar que la enfermedad es una construcción social. Esta consideración de la enfermedad como realidad social se vuelve más llamativa en el caso de la enfermedad mental. Algunas culturas incluyeron a los enfermos mentales en los imaginarios sociales del chamanismo, o de la iluminación. Mientras que la cultura occidental tendió, y tiende, a la estigmatización y exclusión de las personas con trastornos mentales, sean del tipo que sean.

Foucault (2006, 2007a) dedicó una de sus más conocidas obras al análisis de la genealogía de la categoría de locura en la sociedad occidental moderna, aunque él mismo la corrige un poco más adelante en un curso impartido en el *Collège de France* el curso 1973-74 (Foucault, 2005). En ella distingue tres grandes épocas en la historia de la enfermedad mental: el Renacimiento, la época clásica y la modernidad. Durante el Renacimiento la locura estaría ligada a la experiencia del otro mundo, y por tanto, permanece ligada a lo sagrado. En la época clásica se inicia la separación de las esferas de la razón y la sinrazón. La locura se vincula a la pobreza, a personas con comportamientos sexuales distintos, y evoluciona de estar ligada a lo sagrado a estar ligada a la moral. Es el momento de los grandes centros de internamiento como lugares que fomentan el control social sobre lo distinto, lo otro. Surge entonces lo que Foucault (2005) denomina poder disciplinario, que se caracteriza por una aplicación del tipo de poder que el ejército venía utilizando desde el siglo XVII. Durante la modernidad predomina el proyecto diagnóstico ligada a un proceso de objetivación del cuerpo mediante el uso de la llamada mirada médica (Foucault, 2007b). Se acaba generando el poder psiquiátrico que "es el complemento del poder en virtud del cual lo real se impuso a la locura en nombre de una verdad poseída de una vez por todas por ese poder con el nombre de una ciencia médica, psiquiatría" (Foucault, 2005: 137).

Por otra parte, los trastornos de alimentación tendrían sus antecedentes más remotos en la antigüedad clásica. Así en Grecia ya encontramos relatos de la realización de ayunos de tipo ritual. El propio término bulimia procede etimológicamente del griego (*boul/limos*), significando hambre de buey. Se pueden localizar relatos de prácticas bulímicas por parte de los soldados griegos (Jenofonte, 2001) y críticas a los persas por el hecho de haber perdido la costumbre de abstenerse de comer y beber durante las marchas militares (Jenofonte, 1987). E Hipócrates (2007) diferencia el hambre normal del hambre excesiva o *boulimos*.

<i>Trastorno</i>	<i>Antigüedad</i>	<i>Edad Media</i>	<i>S. XVII-XIX</i>	<i>S. XIX</i>	<i>S. XX-XXI</i>
ANOREXIA	Ayuno ritual	Anoréxicas santas	Secularización	Casos clínicos	Anorexia nerviosa
BULIMIA	Prácticas bulímicas	El vómito como penitencia	Kynorexia y Bulimia emética	Casos clínicos	<i>Bulimia nerviosa</i>

Figura 1. Evolución histórica de los trastornos de la conducta alimentaria, adaptado de Calado y Lameiras (2014).

En la literatura científica, se examina el fenómeno de las anoréxicas santas durante la Edad Media (Bell, 1985; Calado y Lameiras, 2014; Hinojosa, 2009). Se pueden encontrar relatos de esa época sobre mujeres que practicaban el ayuno (o que sólo se alimentaban de la hostia consagrada). Y que buscaban alcanzar la purificación mediante la práctica de la penitencia. Aunque para alguna autora "los comportamientos anoréxicos de estas mujeres tenían como finalidad redimir su indignidad e inferioridad, pero al mismo tiempo liberarlas de su habitual estado de sumisión respecto al hombre" (Calado y Lameiras, 2014: 35).

En cuanto a los trastornos de la imagen corporal nos encontramos con el *complejo de Tersites*, en referencia a este personaje que se definía como el más feo de los griegos de Troya. Aunque se sugiere que podría derivar del denominado *complejo de Quasimodo* en referencia al personaje de Víctor Hugo, y que originaría síntomas como: ansiedad, hostilidad, aislamiento social. El DSM-IV vincula este tipo de trastornos a trastornos de tipo delirante que deben de implicar un cierto deterioro en el funcionamiento psicosocial de las personas. El CIE-10 los clasifica como trastornos de tipo hipocondríaco, reconociendo un subtipo de trastorno delirante persistente. Aunque de nuevo encontramos autoridades que señalan que: "la aparición en escena de los trastornos alimentarios aportó un grupo considerable de pacientes de los que se dice que están padeciendo "trastorno dismórfico corporal" (de hecho algunos consideran que este es el síntoma central) (Berrios, 2013: 353). De nuevo los difusos límites entre los trastornos de alimentación y los de la imagen corporal hacen aparición. En cualquier caso, Berrios (2013: 353) considera que el punto de interacción entre ambos tipos de trastornos se encontraría en la categoría de las "actitudes patológicas hacia si mismo".

Ahora bien, si hablamos de percepción Pintos (1995: 11) señala que "los imaginarios sociales tienen una función primaria que se podría definir como la elaboración y distribución generalizada de instrumentos de percepción de la realidad social construida como realmente existente". Así pues, los imaginarios se convierten en los marcos de referencia que originan, informan y delimitan las percepciones que se tienen en la sociedad de este tipo de trastornos, de ahí su importancia.

En el caso de los trastornos de alimentación algún autor ha defendido que su percepción bascula entre "una visión puramente médica-endocrina –más o menos ligada a la genética-, en

un extremo, y una concepción culturalista, impregnada de una psicología dinámica que prescinde de todo factor biológico, en el otro" (Hinojosa, 2009: 67). Para mencionar a continuación una postura de tipo ecléctico.

Torres (2012), recoge una clasificación de los modelos de los trastornos mentales de Tyrer y Steinberg (1987), para identificar cuatro tipos de imaginarios en relación a la enfermedad mental:

- 1) La enfermedad mental como enfermedad objeto de estudio y tratamiento por parte de la psiquiatría, convertida en objeto de estudio positivo por la ciencia médica. Este imaginario se conoce con el nombre de modelo médico, asignado por Cockerham (1996). Partiría de la definición de enfermedad establecida en su momento por Hipócrates, y transmitido, a través de su influencia a toda la corriente de pensamiento occidental. Este imaginario asimilaría la enfermedad mental a cualquier otra enfermedad. Ahora bien, este modelo adolecería de dos debilidades: Primera, que el modelo se centra casi exclusivamente en el control de los trastornos y no en su cura definitiva. E ignora los factores ambientales externos. Segunda, este modelo no fue capaz de explicar la causa de los trastornos mentales (Cockerham, 1996). Este sociólogo señala como actualmente este modelo se convirtió en predominante dentro de la psiquiatría a pesar de sus limitaciones, algo con lo que coincide Pérez (2014).
- 2) La enfermedad mental como objeto de estudio de la psicología, con ayuda de su batería de pruebas y test.
- 3) La imagen de la enfermedad mental construida a partir de su situación social, o la sociedad como creadora de la propia enfermedad.
- 4) El psicoanálisis como teoría explicativa a través del complejo de Edipo.

En el triunfo actual del imaginario médico, pueden estar influyendo tres tendencias que señaló Fukuyama (según González y Pérez, 2014: 1). El deseo de la gente de medicalizar su conducta, ya que así reduce su responsabilidad sobre sus actos, 2. La presión de los grupos sociales (profesores, médicos, compañías farmacéuticas...) debido a intereses económicos y 3. El intento de medicalizarlo todo. Intentando producir explicaciones médicas que lo alcancen todo.

Los imaginarios sociales nos ayudarían, y posibilitarían, el manejo de los contextos de alta complejidad en los que nos movemos en las sociedades posmodernas. A través de la selección simplificamos la sociedad, y perfilamos su realidad y percepción. Pero, los imaginarios sociales no son coherentes, sino que son contradictorios, sencillamente funcionan (Torres, 2012). El mundo posmoderno se caracteriza por la caída de las grandes cosmovisiones articuladas en forma de sistemas teóricos cerrados en sí mismos. La nueva situación reclama análisis de carácter complejo (Morin, 2007), en los que se puedan explicitar las grandes paradojas o contradicciones de la nueva racionalidad local y de carácter restringido. Luhmann (1998: 9) dice: "Una teoría sociológica que pretenda consolidar las relaciones propias de su campo, no

solo tiene que ser compleja, sino mucho más compleja comparada con lo que intentaron los clásicos".

Por otra parte, la propia percepción de estas enfermedades pueden sufrir ciertos cambios o evolución a lo largo de los años de formación de los futuros profesionales que van a trabajar con las personas con este tipo de diagnósticos, pudiendo influir en la posterior intervención que se realice con ellas. Es necesario, pues, tener una idea correcta de la percepción social de las enfermedades mentales que se transmite a estos profesionales. Ya que, yendo un poco más allá, determinadas ideas preconcebidas, opiniones, prejuicios o falta de complejidad puede introducir sesgos o distorsiones en las intervenciones que se lleven a cabo. Así lo demuestran fenómenos estudiados por parte de los terapeutas como las profecías que se autocumplen, que pueden beneficiar o perjudicar a la persona con la que se interviene, o los llamados *efecto Pigmalión* o *efecto Barnum* (González y Pérez, 2014; Sirigatti *et al*, 2011).

A lo explicado se puede añadir la importante polémica que ha generado la reciente publicación por parte de la *American Psychiatric Association* de su último manual diagnóstico (DSM-V). El cual se puede decir que nace herido de muerte, dado que dos de las más prestigiosas instituciones relacionadas con las enfermedades mentales y la investigación sobre estos asuntos (*National Institute of Mental Health* –NIMH– e *International Critical Psychiatry Network* –ICPN–), lo desautorizaron. El NIMH abandonó su uso debido a su "falta de validez y señalando además que los pacientes se merecen algo mejor" (Pérez, 2014: 38). Y la ICPN solicitó su abolición.

Metodología

Los grupos de discusión

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión con alumnado de primero del grado de trabajo social de la Universidad de Santiago de Compostela (uno el año escolar 2013-14 y otro el 2014-15). Se realizó otro grupo con el alumnado de tercero, de esa misma universidad, ya que en ese curso existe una asignatura llamada Trabajo social en el ámbito de la salud mental. En el caso de estos grupos se aplicó un muestreo de tipo no probabilístico por cuotas para la elección de los/las participantes (Ruíz, 2012). La distribución de la muestra se hizo en función de los criterios de: sexo, edad, tamaño del hábitat y el hecho de tener, o no, algún familiar o persona cercana con este tipo de diagnósticos¹.

Se hizo un cuarto grupo con profesionales del trabajo social que acabaron la carrera hace años², para indagar las posibles influencias de la práctica en la percepción de este tipo de

¹ En el caso del alumnado de tercero del grado se suma el hecho de haber elegido, o no, la mencionada asignatura.

² Una persona acabó la carrera hace tres años, otra hace catorce y el resto hace más de veinte años.

enfermedades y viceversa. En este caso se aplicó un muestreo de tipo no probabilístico, de tipo intencional o dirigido para seleccionar a los miembros del grupo (Ruíz, 2012). Los criterios de distribución de la muestra fueron: la experiencia profesional, o carencia de ella -en Servicios Sociales o campos afines-, el hecho de tener formación específica en campos relacionados con los trastornos objeto de estudio, o haber trabajado con personas con este tipo de diagnósticos, y, de nuevo, el tener o no un familiar (o persona con una relación muy cercana) con estos diagnósticos y los años que hace que obtuvieron la titulación.

Para la realización de los grupos de discusión se ha utilizado una guía temática articulada sobre cinco grandes áreas de exploración en relación a los trastornos de la conducta alimentaria y las personas diagnosticadas de ellos: 1. Definición, características y síntomas, 2. Relaciones familiares (posible existencia de conflictos, dinámica relacional, etc.), 3. Percepción de las posibles diferencias según sexo, orientación sexual y/o edad, 4. Sociedad y medios de comunicación (posible papel de los medios, aspectos laborales, estigma, patrones de belleza, etc.), 5. Intervención profesional (roles del profesional, tipos de intervención, etc.). Durante la realización de los grupos se iban formulando preguntas de tipo abierto, y lo más generales posibles, para despertar la participación de los/las participantes, permitiendo la evolución posterior del discurso de los mismos a partir de ese momento.

El análisis de las transcripciones de los grupos se llevó a cabo a través de la técnica del análisis de contenido desde un punto de vista sintáctico, semántico y pragmático. Y se llevó a cabo la categorización utilizando los criterios propuestos por Bardin (1996): presencia, frecuencia, frecuencia ponderada, intensidad, dirección, orden y contingencia.

Abordaje teórico

Se hizo uso de la teoría sistémica, y en concreto de su vertiente constructivista. Este paradigma se caracterizó desde sus inicios por poner el foco sobre las relaciones humanas como objeto de intervención, que llegan a configurar y co-crear a las personas. Lo que imponen una mirada sobre la enfermedad mental y, en concreto, los trastornos de alimentación y la imagen, como constructos de carácter histórico social, lo que, a su vez, difumina los límites entre las definiciones de las enfermedades y la propia percepción social de las mismas (González y Pérez, 2014). Surgiendo una causalidad circular en la cual el sistema científico determina una definición, que, a su vez, se ve reformulada por la percepción social y los imaginarios que la informan.

Todo esto enfocado desde el punto de vista de los imaginarios sociales como estructuras que configuran una semántica que explica la enfermedad mental, o cuando menos, nos permiten asignarle significados diversos y compartidos por la sociedad, y que determinan e informan, la percepción social de los trastornos.

Tales análisis se enriquecieron con las teorías de autores que se consideran pertinentes, como Michel Foucault o Erving Goffman, o las aportaciones hechas desde la antropología y la sociología. Tendientes a formar una red teórica, lo suficientemente trabada y compleja, como para que permita un análisis desde un punto de vista integrador de un fenómeno complejo como es el de este tipo de trastornos y la percepción que de ellos tenemos y genera la sociedad.

Aspectos éticos

Antes de la realización de los grupos se llevó a cabo una reunión con cada uno de los cursos para llevar a cabo una presentación de la investigación, dando la información a los posibles participantes sobre la misma. Se realizó la recogida de los datos de las personas interesadas en participar y antes de la realización de los grupos se les pasó un consentimiento de participación, que debieron firmar, en el que se les informaba del motivo de investigación, Departamento de realización, para qué se iban a utilizar los resultados de la misma y el compromiso por parte del investigador de someterse a la legislación vigente en materia de protección de datos y a la ética de la investigación.

Análisis de resultados

El significado de la enfermedad: del modelo médico a la complejidad comprensiva

El alumnado de primero muestra una percepción de los trastornos objeto de estudio de carácter empirista, reduccionista y con falta de complejidad. Percepción que incluye nociones como la culpa, la capacidad de control de las personas y los complejos personales de fondo; con significados ligados a la invisibilización, aislamiento y exclusión.

La mencionada percepción se podría considerar pues influida por el imaginario del modelo médico. Una de las participantes comenta: "Una enfermedad nos toca lo físico" (Participante 4)³, mientras que se usa el término trastorno para referirse al componente psicológico que pueda tener una posible enfermedad. "Para mí una persona que tiene un trastorno alimentario no tiene una enfermedad. Una persona que tiene una enfermedad necesita un tratamiento médico" (P3), hasta el punto que se llega a diferenciar lo que es una enfermedad de lo que no lo es, debido a que las enfermedades se tratan con pastillas. Así toda enfermedad mental tratada con psicoterapia dejaría de serlo utilizando este tipo de criterios de definición.

Aparece, eso sí, un cierto asomo de lo que se considera el estigma de la enfermedad, pero tematizado de una manera muy rudimentaria y falta de forma profesional. Así, exponen cómo el uso de los términos enfermedad mental y trastorno pueden sonar despectivos para la persona a

³ Las citas de lo dicho por las personas participantes en los grupos se insertan literalmente respetando posibles errores, para facilitar la lectura aquellas intervenciones en gallego se han traducido aquí al castellano. Con el ánimo de respetar su anonimato se identificarán a cada persona con el número de participante asignado (Pn).

la que se le dirigen, exponiendo como ejemplos situaciones de la vida personal de las personas participantes, pero sin exponer las consecuencias que esto arrastra. En este sentido, sólo se puede vislumbrar un cierto asomo de conciencia del estigma cuando se menciona que estas personas se sienten rechazadas por la sociedad.

Destacar el uso de expresiones como "personas que padecen de nervios" (P1). Concepción típica de determinado imaginario social, predominante incluso hoy en día en el ámbito rural gallego. Aunque cabe preguntarse qué tipo de influencia se puede producir sobre la intervención si un profesional que va a intervenir con una persona con un trastorno de alimentación o de la imagen, se dispone a hacerlo con este imaginario de fondo, informando y manteniendo una percepción de la situación por la que está pasando la persona usuaria con la que va a intervenir.

La simplificación en la percepción de este tipo de enfermedades llama la atención a la hora de hablar de los síntomas de estas enfermedades. Sólo se menciona el "no comer" (P5) como síntoma que muestran las personas con estas enfermedades. Esto conduce a la consideración de estas enfermedades a partir de las categorías de "adicción" (P2) y "obsesión" (P5).

Por otra parte, la propia enfermedad formó parte durante mucho tiempo del imaginario social de las personas en situación de pobreza, y de la percepción social que de ellas se tenía (Geremek, 1991; Gondar, 1999). Algo que parece validar algunas investigaciones (Muñoz *et al.*, 2003).

A su vez, ambas situaciones se caracterizan por un estigma social que produce exclusión y aislamiento. Aunque en este caso las personas de este grupo cargan sobre las personas con trastornos de alimentación o de la imagen la responsabilidad, caracterizándolas como personas que se ponen a la defensiva y que se ponen un escudo. A esto se puede añadir el hecho de que en ambos casos (en los trastornos de alimentación, de la imagen y en las personas con determinadas adicciones), se puede observar un cambio físico que permite su identificación por parte de las personas que las rodean como afectados por una de las situaciones que se acaban de mencionar. Esos cambios físicos (pérdida de peso, ojeras, aspecto demacrado, etc.) que se producen en algunos casos, facilitarían el que se pudiese discriminar más fácilmente a estas personas, ya que permitiría una identificación que no producen o provocan otras enfermedades (Goffman, 2012), aumentando su visibilización o visibilidad.

En este sentido, el alumnado de primero introduce una noción sorprendente si vamos a hablar de los trastornos de alimentación o de la imagen, como es la noción de culpa. La culpa es un concepto religioso que está relacionado con la noción de causa. Quién tiene la culpa de algo provocó u originó algo. Así, pues, deducir que se está asignando la causa de la enfermedad a estas personas (a través de una noción con connotaciones morales), debido a su capacidad de control sobre la situación que no son capaces de poner en marcha.

En el caso del grupo del *alumnado de tercero* sigue presente la noción de enfermedad ligada al imaginario del modelo médico. Por ejemplo, se comenta "Enfermedad es algo como más... de parte biológica" (P5). Y también asignan connotaciones negativas a los conceptos de trastorno y síndrome. Aunque, en este caso, el nivel de complejidad va en aumento. Así, otro participante dice: "el trastorno de la imagen corporal se refiere al significado que le das a tu cuerpo" (P4), a partir de aquí perciben como causas de estas enfermedades una idea de la delgadez, ligada al éxito social a través de la labor llevada a cabo por los medios de comunicación de masas. Aunque, de nuevo, la explicación de la labor de los medios de comunicación se simplifica al máximo al argumentar que los medios de comunicación influyen debido a que tienen que vender los productos de belleza, ligados a los cuerpos perfectos. Sin explicar, en todo caso, qué tipo de procesos están en la base de tales tipos de influencias, es decir, los medios de comunicación como agentes de socialización, o en palabras de Luhmann (2000), como creadores de realidad.

También en este caso hace aparición la obsesión y la culpa como significados ligados a este tipo de enfermedades. Y, en este caso, incluso podemos encontrar mencionada explícitamente la falta de control de las personas que padecen estas enfermedades, llegando a decir que tienen estas enfermedades porque "comen de más y quieren vomitar" (P2). El uso del verbo querer deja bien a las claras la determinación de las responsabilidades de las conductas.

Los alumnos/as de tercero introducen la carga personal de las personas con este tipo de trastornos mencionando los sentimientos de incomprensión que sufren. El hecho de pensar que hacen algo malo. El hecho de no sentirse integrados, y de que todo eso provoca que no se gusten. Lo que, al fin y al cabo, acaba generando sufrimiento en las personas con este tipo de enfermedades y en sus familiares.

Es en este momento cuando se introduce una idea muy destacable: el cuerpo como signo de aceptación social. En una sociedad dominada por la imagen, que a su vez, está enmarcada en una concepción del cuerpo humano dominado por patrones de belleza imposibles, estereotipos sexistas y patrones inalcanzables de perfección, "la belleza se busca que sea algo inaccesible, se busca la exclusividad" (P5). Por todo eso, caracterizan a este tipo de enfermedades como prevalentes en las capas de nivel sociocultural superior, ya que, según las personas participantes las familias de clase media o baja le darían importancia a otras cosas, estando dedicadas a la cobertura de otro tipo de necesidades más acuciantes. Este tipo de argumentos que caracterizan la alimentación como marca de nivel social y como método de alcanzar diferenciación social y cierta exclusividad, ya fue defendida por Veblen (2002).

Herrera (2010) avanza un paso más y le asigna a la alimentación la categoría de hecho social total. Para ello define el hecho de comer, ya no por el hecho de tener lo suficiente para alimentarnos, sino por la necesidad de basarnos en las características dietéticas de lo que comemos. Según ella se produciría en la modernidad un "deslizamiento del significado de lo

que es una dieta, que pasa de su acepción tradicional como régimen [...] a connotar 'horror', 'sufrimiento', y 'tortura' para quien, cuando comen, lo que comen son proteínas [...] en aras de conseguir una 'alimentación saludable'" (Herrera, 2010: 300), consumiendo ya no platos sino abstracciones. En este sentido los miembros del grupo argumentan que las dietas tienen un lugar de importancia en el origen de los trastornos de alimentación ya que se corre el riesgo de empezar una dieta, y debido a la falta de control al querer adelgazar rápidamente, se puede acabar teniendo alguna de estas enfermedades.

Por otra parte, es muy importante la idea apuntada por P4 que señala la necesidad de introducir la individualización en la percepción de la situación diciendo "quizás también depende de las personas concreta de la que estemos hablando. Las hay más autónomas, con una personalidad más fuerte. Quizás otras más débiles". Esto estaría en la línea de la teoría expuesta por algunos autores en el sentido de considerar todos los diagnósticos psiquiátricos como diagnósticos de síndromes, es decir, de listas de síntomas, que se encarnan en una situación y en una persona concreta (González y Pérez, 2014). Esto permitiría hablar, ya no de enfermedades sino de enfermos. Es decir, nos permitiría observar a cada persona con las peculiaridades e idiosincrasias que le produce su enfermedad, que sería diferente en cada caso. Todo esto nos posibilitaría un acercamiento a las áreas o capacidades de las personas que no están afectadas por la enfermedad o que simplemente, aunque estén afectadas no están anuladas por el trastorno. Lo que nos da acceso a una persona con sus limitaciones y capacidades más allá de la enfermedad (que tiende a inundarlo todo y ocultar lo que esté enmascarado por ella). Aunque P3 contesta "que si ya tienen un trastorno de alimentación, una personalidad fuerte o muy fuerte no tienen".

Pero es en el *grupo de profesionales* donde se alcanza un mayor nivel de complejidad al hablar de los significados de estas enfermedades. En este caso, surge la noción de enfermedad mental como etiqueta o construcción que puede etiquetar y estigmatizar. Se señala que "el discurso crea realidades" (P3). Se introduce, pues, una idea constructivista de la enfermedad mental. Así "los trastornos mentales lejos de ser las supuestas entidades naturales de base biológica que buena parte de la clínica actual [...] pretende hacer creer, serían entidades construidas de carácter histórico-social, más sujetas a los vaivenes de la vida que a los desequilibrios de la neuroquímica [...] más del orden de los problemas de la vida que de la biología y de la persona que del cerebro" (P3). En este sentido las profesionales introducen una distinción que iría en la línea de la cita anterior, cuando distinguen los malestares de la vida, de los trastornos. Unas participantes argumentan:

Una cosa son trastornos y otra cosa son malestares. A lo largo de la vida tenemos momentos de malestares. Yo, por ejemplo, acabo de pasar una situación de mi vida que se manifiesta físicamente con sofocones. Yo no me siento una trastornada, pero sí sé que tengo malestares.
(P1)

La cuestión es cómo lo asumes. (P2)

Para acabar por matizar, por parte de P4 que "trastorno es aquello que no te permite avanzar en una vida normalizada".

Incidir en que, en este caso, frente al resto de los grupos se utiliza el adjetivo normalizada, y no la palabra normal. El término normal suele asimilarse a la normalidad o media estadística, lo que tiende a estigmatizar a todas las personas que no se identifican con las posiciones medias de las distribuciones estadísticas.

Todo esto permite la interpretación de determinadas conductas, como las conductas de engaño de estas personas, como "juegos" que utilizan a la hora de "construir estos mundos diferentes que dificultan el que puedan integrarse" (P1). Hacen su aparición, pues, nociones que tienden a no culpabilizar las personas con enfermedad mental, y en concreto con trastornos de alimentación o de la imagen. La realidad no es lo que vemos, sino lo que pensamos que es, es cómo la vivenciamos. Ante una misma situación una persona puede desarrollar un trastorno y otra no. Ya que, como decía P2 en la cita anterior, todo depende de cómo se asuman las situaciones por parte de las distintas personas.

Estos planteamientos crean un marco que permite la introducción y el uso de modelos y técnicas profesionales que trabajen desde la capacidad de resistencia y de resiliencia⁴, de las personas. Se trata de un cambio de foco desde el déficit y el problema, a la capacidad y la habilidad y, en definitiva, a la posibilidad de cambio. Algo que debe de iniciarse desde la propia percepción del profesional.

Siguiendo con la argumentación se introduce la noción de factores, o indicadores de riesgo. Así pues, desaparece la tentación de buscar una única causa, simple, e inconexa, que acabe generando la aparición del trastorno. P3 dice que "El problema es cuando los factores se encadenan y se convierten en desencadenantes". Los modelos explicativos de los trastornos objeto de esta investigación tienden a proponer modelos multifactoriales basados en la interacción de factores de riesgo de tipo: fisiológico, biológico, evolutivo, psicológico y sociocultural (Calado y Lameiras, 2014; Sadock y Sadock, 2009).

Se considera interesante señalar la aparición en el grupo de profesionales de la noción del miedo ligado a este tipo de enfermedades. P2 atribuye una noción mucho más naturalista y desestigmatizada de la enfermedad mental al hábitat rural, en la que la cercanía permite la convivencia y la integración de las personas con enfermedades mentales. La argumentación se basaría en que la cercanía permite el conocimiento del otro y evita que surja el miedo hacia esa persona. Algo muy importante ya que "mientras no estén, creo, integrados o normalizados en la comunidad, no se acabará con el tema del estigma, por mucho que trabajes con la persona o la familia" (P2). Se pueden distinguir dos campos semánticos organizados dicotómicamente en los

⁴ La resiliencia puede definirse como los "factores observados en personas que les permiten afrontar, resistir y superar la adversidad con más recursos y mejores resultados que la mayoría de las personas" (Fernández *et al.*, 2012: 448).

que se organizan los significados asociados a los trastornos de alimentación y de imagen desde estos dos ejes interpretativos. Tenemos, pues, la cercanía, que implicaría una mayor complejidad y una mayor posibilidad de comprensión de las personas. Por otro lado, la lejanía podría derivar en cierta falta de complejidad que genere falta de conocimiento de estas personas, y que acaben generando incompreensión y, en último extremo miedo (en este caso, signo y símbolo del estigma asociado a estas enfermedades).

En relación a determinados prejuicios que suelen ir asociados a determinados diagnósticos, en el caso de los trastornos de alimentación y la imagen, hace tiempo que una investigadora (Bruch, 2013) señaló el peligro de asignar determinados prejuicios asociados de significados como: anorexia-adelgazamiento-hiperactividad o polifagia-obesidad-pasividad. Ya que como escriben unas investigadoras comentando esta idea "se podría llegar a estigmatizar al/a la paciente asumiendo que posee determinados rasgos de personalidad que teóricamente no se modificarían; al contrario de lo que ocurriría cuando se tiene una visión de la sintomatología 'modificable' en función de la evolución de la enfermedad y no exclusivamente de la forma de ser del/de la paciente" (Calado y Lameiras, 2014: 60). Este tipo de posicionamientos o percepciones prejuiciosas pueden llegar a funcionar como dicen las autoras como profecías que se autocumplen. Lo que, es claro que suele ejercer una nefasta influencia en la intervención con las personas usuarias con las que se interviene.

De la culpa al estigma

En los grupos de discusión realizados con el alumnado, como ya se comentó, hace aparición la noción de culpa. Sin embargo, en el caso del grupo de profesionales la culpa no aparece, y gran parte del discurso se articula alrededor de la noción de estigma. El estigma en cuanto significado, y maneras de evitarlo y prevenirlo.

El estigma puede considerarse un atributo que desacredita a quién lo posee. El estigma es poseído por personas alrededor de las cuales "construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias" (Goffman, 2012: 17).

En el caso del alumnado de primero se menciona la discriminación que pueden sufrir las personas, y del sufrimiento que esto puede comportar. Pero, esto se explica por el nivel de complejidad que justifica y explica ese proceso. Así, por ejemplo, en los tres grupos de estudiantes se menciona la posible discriminación que pueden sufrir las personas con trastornos de alimentación en el acceso al empleo. Pero en ambos casos se defiende el argumento aduciendo como única causa de discriminación el que las secuelas físicas que pueden causar estas enfermedades limitarían el acceso a empleos que sean de cara al público. Ahora bien, las profesionales hablan de menos oportunidades y de discriminación en el acceso al empleo debido a los posibles efectos producidos por los prejuicios de los empresarios/as.

Las profesionales hablan de: carga, etiqueta, estigma, que marcan y delimitan una realidad que dificulta el acceso a determinados campos, o áreas de la sociedad. Una "carga que tiene que llevar el enfermo" (P1) y que está "implícita" (P2). Pero una carga con la que se puede trabajar buscando cómo prevenirla, o limitar sus efectos. Siendo conscientes, eso sí, como señala una de las profesionales que participan en el grupo que "yo misma formo parte de ese proceso que estigmatiza como profesional" (P3). Para quien la estigmatización sería un

engranaje complicado al que para llegar hay que excavar en las profundidades, pero que sí es posible. Hay que ir con más cuidado. Hay que cuidar más el lenguaje, se puede comunicar las cosas de muchas maneras. Se puede transmitir a los medios de comunicación de otra manera. Se puede también trabajar con las familias de muchas maneras, porque aquí vemos a las personas con el trastorno, pero ¿qué hay detrás de todo eso? ¿Qué recorrido hay detrás de esas personas? ¿por qué en estos momentos se encuentra en esta situación?

Este planteamiento permite relativizar la posición de la enfermedad dentro de la vida de una persona. La enfermedad, o el trastorno, pasan a ser una característica más de esta persona, al igual que puede llevar gafas o tener ojos negros. La enfermedad deja de invadirlo todo hasta llegar a inundarlo con sus significados, para dejar abierta una grieta por la que entre un poco de luz y aire fresco, que permita considerar a la persona como válida y competente en alguna de las áreas de su vida. En caso contrario, podemos tener una visión de una persona con psicosis que "parece el típico 'loco' que va asesinando. Y vas a trabajar y dices, uy déjame separarme que no quiero estar al lado de esta persona" (P2). El estigma es un proceso complejo en el cual todos participamos y mediante el cual la sociedad genera una serie de etiquetas que se proyectan sobre los imaginarios que determinan nuestras percepciones. Y que, a posteriori, influyen en las conductas y los comportamientos que llevamos a cabo en nuestro día a día.

Una de las participantes del grupo de profesionales introduce una idea a tener en cuenta al señalar que los estigmas suelen estar asociados a conductas, características o situaciones que suelen considerarse típicas de las personas de bajo nivel socioeconómico. Lo cierto, es que las personas sin hogar y las personas con enfermedad mental vienen siendo dos de los sectores poblacionales caracterizados por un estigma más fuerte y duradero a lo largo de la historia. De hecho, en algunos momentos de la historia ambas situaciones sociales se consideraban unidas, tanto en su consideración de problemas, como en las soluciones a aplicar. Intentos de solución que se concretizaban en el encierro, algo que se mantuvo, con sus altos y bajos, hasta la época de la desinstitutionalización promovida por la antipsiquiatría en los años setenta del siglo XX. Ambos sectores de población comparten algunas características de su estigma como es la invisibilización, aislamiento, percepción de peligrosidad por parte de la población, exclusión social, discriminación, menos oportunidades, etc.

Los medios de comunicación de masas: la realidad y la imagen

Si en algo coinciden los participantes en los grupos de discusión que se llevaron a cabo es en la consideración de la función, e influencia de los medios de comunicación de masas en los

trastornos de alimentación y la imagen, y en su percepción social. Ahora bien, los matices y precisiones realizadas por los participantes son importantes, e introducen diferencias en los acercamientos realizados al asunto.

Los alumnos/as inciden en la influencia de los medios y cómo estos están movidos por intereses económicos. En el caso de los estudiantes de primero, el argumento es que los medios de comunicación ejercen una presión sobre los miembros de la sociedad debido al intento de imposición de un canon de belleza, que de no ajustarse a lo que uno es, puede derivar en discriminación, o en que la sociedad no nos acepte. O que mediante un proceso de comparación con los demás nos lleve a una bajada de autoestima, con lo que eso puede producir en las personas.

En el caso de los estudiantes de tercero, se habla ya de ideal de belleza. Importante por la connotación que introduce el término ideal como marca de algo alejado de la realidad. Se cita a los medios como causa de este tipo de enfermedades por la manera en que venden los productos de belleza. Una participante comenta que los medios de comunicación vienen asumiendo el papel socializador que en otras épocas asumía el arte. Esta persona argumenta que en su momento en China existía la costumbre de vendar los pies de las muchachas para reducir su tamaño y que se ajustasen así al prototipo de belleza de la época. A lo que otra participante añade una nueva dimensión al decir que la dinámica cambió estando antes ligada al aspecto físico y actualmente ligada a la comida. P3, exponiendo un conocido argumento antropológico, comenta que los patrones de belleza cambiaron porque en un momento de dificultad económica se buscaba una mujer entrada en carnes porque eso significaba que estaba "bien mantenida, que tenía dinero. Hoy en día como todo el mundo tiene acceso a la comida, se van buscando otro tipo de patrones de belleza". Pero, en este grupo hace aparición una importante muestra de complejidad, ya que no solo mantienen que los medios influyen en la sociedad sino que, a su vez, defienden que la sociedad influye en los medios de comunicación. En concreto, este grupo menciona el tipo de dibujos animados que ven las niñas, y que influirían sobre ese concepto ideal de cuerpo que se transmite. Una reciente investigación, dada a conocer en abril de 2014 y elaborada por la Universidad de Granada (Alonso y Pertiñez, 2014), basándose en el análisis de 163 dibujos animados, y un total de 621 personajes concluye que el prototipo de imágenes de personajes se correspondería con el de personajes femeninos excesivamente delgados, y excesivamente preocupados por su imagen. Transmitiéndose estereotipos de género como el hecho de que las mujeres suelen ser delgadas, menos en el caso de algunas mujeres mayores que tienen sobrepeso, algo que no ocurre en el caso de los hombres.

Los profesionales destacan el "papel perverso" (P2) de los medios de comunicación que visibilizan continuamente el prototipo de belleza. Tendríamos, pues, un mensaje que, hablando de la televisión, "llega a todos los lados [...] Dice siempre lo mismo. Y entonces está marcando" (P4). El problema sería, pues, la saturación del mensaje y los prototipos que crea, ya

que, en este caso se deja claro que el patrón de belleza dejó de ser real. Vivimos sumidos en la "búsqueda de la perfección" (P4), promovida por los medios. A lo que se suman las posibilidades de inmediatez y saturación que permiten, y posibilitan, las nuevas tecnologías de la información. El problema no está tanto en el patrón de belleza, que según los participantes siempre existió. Como en que el estereotipo de la modernidad se fijó en una perfección imposible de alcanzar y que viene santificada por un culto al cuerpo que excede el saludable autocuidado para convertirse en un "objetivo que ha invadido tu vida" (P3). Este planteamiento sería compatible con el papel de construcción de la realidad que asigna a los medios de comunicación Luhmann cuando dice que los medios de comunicación "se ven obligados a construir la realidad y, a decir verdad, a construir una realidad distinta frente a la propia realidad" (Luhmann, 2000: 7). La función de los medios de comunicación de masas es decirle a la sociedad hacia dónde hay que mirar, construyendo un presente que permita seleccionar un pasado y generar expectativas futuras, lo que genera un sentido común de amplia aceptación social, lo que en una sociedad compleja y policontextual asegura la estabilidad del sistema (Torres, 2008).

En el grupo de profesionales una participante expone que cree que los medios "están transmitiendo una posibilidad de triunfo y éxito en un paquetito de regalo con una imagen muy determinada. Y si te alejas de esa imagen no puedes obtener, y ser tan aceptada" (P1). Se liga, pues, la imagen al éxito social, lo cual puede alcanzarse de manera sencilla y sin gran esfuerzo.

En relación a la imagen, se considera importante destacar que en análisis por campos semánticos, en todos los grupos se puede destacar el formado por la familia de prototipo, estereotipo, o canon de belleza. Asimismo, en el caso de los grupos de primero se pudo comprobar la existencia de una serie de términos relacionados con el sentido de la vista ⁵(mirar, entrar antes por los ojos, mirar a los ojos, mirar polos ojos, cuatro ojos...), este tipo de análisis se pueden vincular de nuevo a los procesos de estigmatización a través de la mirada (invisibilización), de los que se habló con anterioridad.

La información

Los estudiantes de primero apuntan que creen que existe suficiente información sobre este tipo de enfermedades. Esto contrasta con los resultados de una investigación sobre las necesidades de información de la juventud en Galicia (CFXDV, 2005). Esta investigación ponía de relieve el hecho de que algo más del 27% de los jóvenes, reconocían tener baja o nula información sobre la anorexia y la bulimia. Los propios entrevistados (83%) reclaman más información sobre estas enfermedades. Por otra parte, estas enfermedades se sitúan como el quinto problema, según el nivel de importancia, en relación a los problemas de salud de la juventud. Se cita, además, la

⁵ Algunos autores han destacado la preeminencia de la vista sobre el resto de los sentidos todo a lo largo de la civilización occidental, incluso asignándole una función de carácter negativo en la actualidad (Duch y Mèlich, 2005).

mala alimentación como un problema de salud de los que más preocupan a este sector de población.

El alumnado de tercero expone que creen que no existe suficiente información. Se tienen en cuenta que muchas veces el problema no es la propia falta de información sino el hecho de que no sea fácil de encontrar, que sea comprensible y que llegue a tiempo. Asimismo, tienen en cuenta que muchas veces la información se tiene pero no influye en el proceso que conduce a la enfermedad. Consideran que la televisión es el medio más influyente, justificando esa influencia por el hecho de utilizar como instrumento la imagen. Aunque según los participantes en esta investigación los medios de comunicación tienen como fin último alcanzar grandes audiencias, y no informar.

Se señala el peligro que supone hoy en día internet, sobre todo cuando se busca información sobre asuntos relacionados con la imagen y con los trastornos de la conducta alimentaria.

Por su parte los profesionales señalan que "Vivimos en la sociedad de la imagen y el cuidado del cuerpo" (P4). Ahora bien, el quid de la cuestión sería para las participantes "si la imagen se ha convertido en el fin de todo" (P3). Se vende pues una imagen irreal e inalcanzable que provoca una presión en las personas para acercarse y adecuarse a ese ideal imposible, persiguiendo promesas de éxito y triunfo. Se reclama que "tenemos que ser realistas [...] porque podemos pedir a las personas, o a las familias, realidades difíciles de resistir o de construir" (P1).

Destacar que todos los grupos señalaron la televisión como el medio más influyente en la sociedad. A pesar de que los participantes reconocen la influencia de internet, siguen creyendo que la televisión coincide más con las condiciones sociales que reclaman una imagen ajustada a los prototipos existentes y permite una mayor saturación de los mensajes y una mayor cercanía e inmediatez. Las investigaciones vendrían a validar el hecho de que los medios que ejercen una mayor influencia en los jóvenes son la televisión y las revistas. En concreto, los jóvenes de entre 14 y 19 años ven la televisión un punto y medio por encima de la media (92,4%). Situándose los jóvenes de esta misma franja de edad como el sector de población con un mayor porcentaje de personas que leen revistas (72,2%) (Calado y Lameiras, 2014).

La influencia de la percepción en la práctica profesional

Esta influencia se muestra claramente si tenemos en cuenta, por ejemplo, la postura de parte del alumnado de primero. El hecho de aferrarse a un modelo médico que perfila una percepción de la enfermedad mental como otro tipo cualquiera de enfermedad, permitiría que el trabajador social no pudiese intervenir con estas personas. Ya que son profesionales del área social y no son médicos. Esto puede producir que la función de este profesional sea derivar el caso a un médico/psiquiatra/psicólogo. Se produce, pues, una amputación del campo de trabajo de los Servicios Sociales cuya área de influencia, parece quedar definida por el campo de trabajo que no es ejercido por un médico/psiquiatra/psicólogo. En el mencionado grupo, dos participantes

coinciden en decir que las personas con trastornos de la imagen o de alimentación no presentan demandas en Servicios Sociales diciendo: "Yo sigo sin ver que vayan al trabajador social. Yo es la primera vez que escucho esto" (P2). A partir de aquí, la única opción posible es la de derivar a un especialista (médico/psiquiatra/psicólogo). Todo esto provoca que se diga que "puedo ayudarla con su entorno, su familia...Pero no con su enfermedad" (P6). Así, la percepción que se tenga de la enfermedad puede dañar o sesgar terriblemente la posible intervención que se pueda, o se deba llevar a cabo, con las personas de referencia. Pudiendo llegar a hacerla imposible, al colocar a las personas con este tipo de enfermedades más allá de los límites profesionales de los trabajadores/as sociales.

En el caso de los estudiantes de tercero, la intervención que presentan está en correlación con una percepción de la enfermedad mucho más compleja y ajustada. En este caso se presenta el entorno como el principal foco de acción del trabajador o trabajadora social. Consideran necesario aumentar la información y la formación del entorno para reducir los sentimientos de incompreensión que pueden provocar estas enfermedades. Creen necesaria la prevención y reforzar la autoestima. Todo eso basado en la empatía y el principio de no juzgar a la persona usuaria.

Los profesionales consideran que los casos llegarían a Servicios Sociales caracterizados por una situación de desborde personal y familiar, y por el conflicto familiar. Se debería, pues, llevar a cabo labores de orientación, asesoramiento, apoyo psicológico y mediación. Se establece una situación definida por la sensación de fracaso de los familiares de estas personas, el descontento permanente, los problemas convivenciales, los síntomas físicos y la desestructuración en diversas áreas.

No se debe subestimar la influencia de la falta de complejidad en la intervención, ya que como escriben Calado y Lameiras (2014: 63):

Parece que la necesidad de clasificar y poner nombre a todo puede acabar por hacer que se fomente un pensamiento dicotómico, en el que se tiene un trastorno de la conducta alimentaria cuando se tiene Anorexia nerviosa o Bulimia nerviosa. Este afán de simplificar puede generar mayor desconcierto a las personas que padecen un Trastorno de la conducta alimentaria y que no se ajustan a estos diagnósticos menos frecuentes, pero socialmente son más difundidos. Y es que entre los propios profesionales los esfuerzos comprensivos pueden propiciar un pensamiento dicotómico y reduccionista que las/los propias/os pacientes aplican para sí mismas/os con respecto a su imagen corporal, la comida o a su vida en general. Una visión tremendamente simplista y reduccionista de la realidad que tanto daño les hace.

En el grupo de tercero aparece la noción de control, siendo utilizada en dos sentidos. Los participantes hablan del control que los familiares suelen intentar ejercer sobre las personas con este tipo de enfermedades. Y, por otro lado, la necesidad de que los profesionales ejerzan labores de control, sobre todo en la primera fase de la intervención debido a que las personas que tienen estas enfermedades son, según los participantes, muy mentirosas y habría que vigilarlas. Se considera que es evidente que si un profesional se enfrenta a la intervención con

estos parámetros en su mente, esto va a influenciar su práctica profesional de manera negativa. El concepto de control ya fue introducido y tematizado por Foucault (1988; 2007b). Frente a estas prácticas implementadas desde el poder, desde el propio trabajo social se elaboraron modelos de intervención que promueven el protagonismo de la persona usuaria, en los que se asume la idea de la persona usuaria como experta en su propia vida (Healy, 2001). De ahí la necesidad de no inhibir las iniciativas del usuario/a, sino respetar sus objetivos de trabajo, a riesgo de que si no se hace así generaremos más dependencia en el mismo, a lo que se une la consideración del usuario/a como un agente activo en su propio proceso de cambio (Richmond, 1996).

La influencia de la práctica profesional sobre la percepción

Si partimos de la aportación de P2 señalando la influencia del contacto y la cercanía sobre el estigma de las personas con enfermedades mentales. Ya en ese momento se decía que el contacto con las personas de un sector poblacional concreto (personas con trastornos de alimentación, personas con diversidad funcional, personas con adicciones, transeúntes, etc.), puede provocar que vayan desapareciendo determinados prejuicios, y que se vayan perfilando las percepciones que tenemos de determinados asuntos.

Así, la influencia sería no tanto de la intervención profesional -que también-, sino del contacto tú a tú con personas con una determinada característica. El hecho de que es el contacto directo con las personas lo que perfila la percepción, puede explicarse ya que en los grupos de alumnos/as (ninguno con experiencia profesional en intervención social), las personas que se seleccionaron por el hecho de tener familiares o personas muy cercanas con trastornos de alimentación, se observa que muestran unas características en el discurso que no muestran el resto de los participantes. En concreto, muestran una mayor sensibilidad, y un interés, incluso explícito en algún caso, en que no se juzgue a las personas con un diagnóstico como de los que nos venimos ocupando. Además, explican y argumentan desde un mayor nivel de complejidad, lo que se considera que facilita la empatía y la identificación con el otro (en este caso otro significativo, por cercano).

Ahora bien, la propia intervención profesional modela la percepción de los trastornos a través de una serie de impactos que ejercen su influencia sobre las emociones y las vivencias del profesional (Guy, 1995).

Se percibe, en el caso de los profesionales, una corrección de la percepción en el sentido de incluir elementos positivos de las personas al considerar la enfermedad o el trastorno como una característica más del individuo. Lo que puede evitar, como se dijo, sobredimensionar los aspectos negativos o deficitarios de las personas; corrigiendo, al mismo tiempo, planteamientos que fomentan la percepción del otro como totalmente alejado y recluido en un universo de sentido diferente al que ocupa uno. Estableciéndose una ruptura entre yo y el otro lo que facilita la falta de comprensión hacia el otro, que se convierte en un caso para medir, pesar o

disecionar, aplicándose lo que puede considerarse un proceso de deshumanización que facilita el manejo del caso, pero dificulta la comprensión de la persona. Ya que, a partir de ahí, la persona se convierte en alguien a "encauzar o corregir, a quien hay que clasificar, normalizar, excluir, etcétera" (Foucault, 1988: 196).

Percibir y juzgar

En el grupo de estudiantes de primero, al hilo de la conversación una persona define la percepción como "una impresión que te llevas de una persona", mientras que define el juicio como "cuando empiezas a decir o pensar algo que no ves" (P6). Se pone de manifiesto la falta de complejidad de estas definiciones. La definición de la percepción vendría a responder a la teoría del conocimiento del realismo más ingenuo en el que el ser humano percibe sin ningún tipo de interferencia ni elaboración una realidad que está más allá del sujeto. Hoy en día, tanto la psicología como la sociología pusieron de manifiesto la concepción de la percepción como un proceso en el que se construye la realidad mediante la aportación de uno mismo y la intermediación de los otros. La sociología del conocimiento destacó los procesos de construcción social de la realidad en la que nos movemos (Berger y Luckmann, 1984). Proceso en el cual los imaginarios, y las percepciones que generan, se constituyen como herramientas fundamentales para la construcción y justificación de la complejidad social en la cual nos movemos en la actualidad, y de la que no está de más que seamos conscientes.

Conclusiones

En relación al nivel de complejidad de la percepción de los trastornos de la conducta alimentaria, y de la imagen, por parte del estudiantado objeto de estudio, se puede concluir que la percepción de estos trastornos muestra un gran nivel de simplificación. Destaca la asignación de la causa de la existencia de este tipo de trastornos a la presión social, pero sin incidir en un modelo explicativo multifactorial articulado a partir de indicadores de riesgo, de carácter genético, social y ligados al entorno (Calado y Lameiras, 2014; Sadock y Sadock, 2009). Así como percepciones como la de que estas personas tienen una personalidad que "no es fuerte o muy fuerte" (P3).

Asimismo, destaca la creencia de que existe suficiente información sobre estos trastornos cuando los propios alumnos/as en los grupos muestran una cierta falta de información acertada y suficiente. Algo que, por otro lado, viene siendo negado por parte de algunas investigaciones que se citaron en este trabajo.

Sorprende, en este sentido, la falta de una noción de estigma, realmente elaborada en los grupos de estudiantes (esta solo aparece en el grupo de discusión de los profesionales). Se considera que esta noción es de suma importancia para la comprensión del significado de los trastornos de alimentación, y de la imagen (o cualquier otra enfermedad mental). Además, de introducir importantes precisiones a la hora de iniciar la práctica profesional con estas personas,

permitiendo un mayor nivel de empatía y comprensión de las mismas; y, permitiendo la corrección de determinados sesgos.

Por otra parte, los significados asignados a este tipo de trastornos incluyen categorías como el aislamiento, la exclusión, el sufrimiento, tener sentimientos de incompreensión, o no sentirse integrados, el creer que hacen algo malo, la enfermedad como adicción y obsesión⁶. Todo ello enmarcado en un imaginario de la enfermedad mental de carácter médico, que puede amputar gravemente el tipo de intervención a realizar dada la falta de conciencia de algún problema o situación susceptible de intervención por parte de los trabajadores/as sociales. Además de ser de signo negativo y que deberían ser complementados con la parte positiva (capacidades, habilidades, y demás aspectos no afectados o no totalmente ausentes).

Destacar el manejo de la noción de culpa en la atribución de significados a este tipo de enfermedades, algo que abunda en la idea de la falta de complejidad en la percepción de este tipo de trastornos. A la noción de culpa (de raíz religiosa), se unirían categorías como las de culto al cuerpo. Podría ser interesante sumergirse en la comprensión de este tipo de nociones e investigar si sigue existiendo algún componente religioso que pueda servir de substrato a la percepción de la enfermedad mental (como ocurrió ya en el pasado).

En cuanto a la influencia de la práctica profesional en la percepción de la enfermedad se puede decir que se basa en el contacto personal con las propias personas diagnosticadas que provoca una ampliación del nivel de comprensión y un aumento del nivel de complejidad de las percepciones de estos trastornos. Todo esto acaba por producir la conciencia de la necesidad de cuidar elementos como el lenguaje, los términos, y los instrumentos profesionales utilizados, ya que son herramientas que conforman y crean la realidad. Situando como fin último el intento de salir del proceso de estigmatización en el que nos vemos incluidos como miembros de la sociedad, y, en este caso concreto, como profesionales que, de no tener cuidado, podemos convertirnos en piezas del engranaje que produce y reproduce la estigmatización de las personas con enfermedades mentales.

En cuanto a la percepción del profesional del trabajo social se puede destacar un proceso evolutivo en el que se van perfilando las funciones de estos profesionales, configurando así su rol profesional. A la par que van apareciendo la conciencia de la necesidad de cumplir algunos requisitos como la necesidad de formación y de adquisición de información constante, asumiendo que hay que llevar a cabo un trabajo personal para facilitar las intervenciones y evitar las resonancias de experiencias personales que pueden molestar a la hora de realizar el trabajo.

⁶ En el caso de los profesionales se suman a estos el miedo, el estigma, la carga que supone la enfermedad... así como la conciencia del propio profesional de formar parte del proceso de estigmatización de la persona con este tipo de enfermedades. Surge, pues, la existencia de un problema que trabajar, prevenir, y, a ser posible, eliminar.

Destacar el hecho de que se pudo detectar en los estudiantes con familiares o personas muy cercanas con trastornos de alimentación, una diferencia en la percepción de este tipo de enfermedades mostrando una mayor capacidad de empatía hacia estas personas y una mayor comprensión de la situación de las mismas; huyendo del juicio fácil, y mostrando un mayor nivel de complejidad en la percepción de estos trastornos.

Si en algo coinciden todos los grupos es en la influencia de los medios de comunicación sobre la percepción de los trastornos de alimentación y de la imagen. Se destacan en este caso, los intereses económicos que marcan y dirigen las informaciones y planteamientos presentados por los medios. Se habla, en varios lugares, y por parte de varios participantes, de presión, de machaque, miedo al rechazo, necesidad de encajar, de influencia. Pero se echa en falta una argumentación y explicación científica de cómo se lleva a cabo este tipo de procesos por parte de los medios. El conocer este tipo de teorías proporciona un marco explicativo que puede ayudar a diseñar campañas, y a entender los procesos psicosociales que se desatan en las personas y que pueden acabar –coadyuvados por otros factores-, por precipitar la aparición de alguno de estos trastornos.

Se puede señalar que pasamos desde la explicación del alumnado de primero que dice que "Para mí una persona que tiene un trastorno alimentario no tiene una enfermedad. Una persona que tiene una enfermedad necesita un tratamiento médico" (P3). A las posturas definidas en el grupo de alumnos de tercero que evoluciona desde el cuerpo como signo de aceptación, a la comprensión de las diferentes presentaciones de las enfermedades en función de las diferencias individuales de cada persona. Y, por fin, se llega al grupo de profesionales que gira en torno a la clave de bóveda del estigma, a partir de una postura constructivista resumida por una de las participantes en la frase

al final el discurso crea realidades [por lo tanto] Hay que ir con más cuidado. Hay que cuidar más el lenguaje. Se pueden comunicar las cosas de muchas maneras. Se pueden transmitir a los medios de comunicación de otras maneras. Se puede también trabajar con las familias de muchas maneras, porque aquí vemos a las personas con el trastorno, pero ¿qué hay detrás de todo eso? ¿Qué recorrido hay detrás de esas personas? ¿Por qué en estos momentos se encuentran en esta situación? (P3).

A partir de lo dicho, se muestra claramente que la percepción de los trastornos examinados en esta investigación tendrán una influencia directa sobre la práctica profesional. Ya que la propia práctica variaría en función del concepto y significado de enfermedad que se maneje por parte del profesional de referencia. Es más, en el caso de los alumnos/as de primero, dada la percepción del trastorno manejada, y que subyace al discurso, puede acabar provocando que se entienda como única función del profesional la derivación a los servicios de salud de referencia, o en el mejor de los casos, a atención psicológica.

Referencias

- Alonso, A., Pertiñez, J. (2014). Las mujeres que aparecen en los dibujos animados son consumistas, celosas y están obsesionadas por su aspecto físico. http://secretariageneral.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-canal-ugr/las-mujeres-que-aparecen-en-los-dibujos-animados-son-consumistas-celosas-y-estan-obsesionadas-por-su-aspecto-fisico#.V-4zRTLFSHo
- Bardín, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bell, R.M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Berger, P., Luckmann, T. (1984). *La construcción social de la realidad*. Madrid: Amorrortu.
- Berrios, G.E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de cultura económica.
- Bruch, H. (2013). *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós.
- Calado, M., Lameiras, M. (2014). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso ¿son los medios de comunicación tan influyentes?* Valencia: Tirant Humanidades.
- CFXDV. [Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado] (2005). Estudio de necesidades de información en materia de saúde da poboación xuvenil galega. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Cockerham, W.C. (1996). *Sociology of mental disorder*. New Jersey: Prentice Hall.
- Duch, Ll., Mèlich, J. C. (2005). *Antropología de la vida cotidiana. Escenarios de la corporeidad*. Madrid: Trotta.
- Fernández, T., De Lorenzo, R., Vázquez, O. (Eds.) (2012). *Diccionario de trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1988). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica (Vol. I)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007a). *Historia de la locura en la época clásica (Vol. II)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007b). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- Geremek, B. (1991). *La estirpe de Caín. La imagen de los vagabundos y de los pobres en las literaturas europeas de los siglos XV al XVII*. Madrid: Mondadori.
- Goffman, E. (2012). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gondar, M. (1999). *Crítica da razón galega: Entre o nós-mesmos e o nós-outros*. Vigo: A Nosa Terra.
- González, H., Pérez, M. (2014). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Guy, J.D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.

- Healy, K. (2001). *Trabajo social. Perspectivas contemporáneas*. Madrid: Fundación Paideia/Morata.
- Herrera, P. (2010). *Del comer al nutrir*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Hinojosa, S. (2009). *Santa anorexia. La noche oscura del cuerpo*. Madrid: Maia Ediciones.
- Hipócrates (2007). *Tratados*. Madrid: Gredos.
- Jenofonte (1987). *Ciropedia*. Madrid: Gredos.
- Jenofonte (2001). *Anábasis*. Madrid: Gredos.
- Lisón, C. (1981). *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*. Madrid: Akal.
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. Barcelona: Anthropos/Universidad Iberoamericana de México.
- Luhmann, N. (2000). *La realidad de los medios de masas*. Barcelona: Anthropos/Universidad Iberoamericana de México.
- Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología médica*. Barcelona: Anthropos.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión*. Madrid: Caja Madrid/Ediciones Témpora.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pintos, J.P. (1995). *Los Imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Madrid: Sal Terrae.
- Richmond, M.E. (1996). *El caso social individual*. Madrid: Talasa.
- Ruiz, J.I. (2012). *Teoría y práctica de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sadock, B.J., Sadock, V. (2009). *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sirigatti, S., Stefanile, C., Nardone, G. (2011). *El descubrimiento y los hallazgos de la psicología*. Barcelona: Paidós.
- Torres, M. (2008). *Niklas Luhmann*. A Coruña: Baía Edicións.
- Torres, M. (2012). Los imaginarios sociales de la enfermedad mental. *RIPS* 12(2): 101-113.
- Tyrer, P., Steinberg, D. (1987). *Models for Mental Disorder*. Chicester: Jhon Wiley and Sons.
- Veblen, T. (2002). *Teoría de la clase ociosa*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Recibido: 10.6.2016

Aceptado: 4.7.2016