

A evolución da percepción social dos trastornos da conduta alimentaria, e da imaxe, do estudiantado de traballo social da Universidade de Santiago (USC) e a súa influencia na práctica profesional

Juan José Labora González.

Graduado en Traballo Social. Traballador Social Concello de Oroso

RESUMO:

Este traballo expón, coma froito dunha investigación de carácter cualitativo e dentro do marco da teoría sistémica, cómo a percepción dos trastornos da alimentación e da imaxe do estudiantado da Universidade de Santiago está determinada polo imaxinario do chamado modelo médico. Polo cal eses trastornos son percibidos desde un punto de vista empirista e reduccionista, adolecendo dun baixo nivel de complexidade. Tal percepción, por outra banda, estaría cargada de nocións de carácter moral (culpa, vontade...).

Asemade, expónse a influencia desa percepción sobre a práctica profesional, a cal pode ser gravemente sesgada. Compárase aos estudantes con profesionais en activo que mostran unha percepción cun maior nivel de complexidade destes trastornos.

PALABRAS CLAVE:

Percepción, imaxinarios sociais, complexidade, teoría sistémica, trastornos alimentarios.

RESUMEN:

Este traballo 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, del estudiantado de la

Universidad de Santiago 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 students of 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 perspective, 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.

FUNDAMENTACIÓN

O diagnóstico dunha enfermidade soe provocar un verdadeiro terremoto que afecta a todo o sistema familiar. De ahí, a necesidade de que a persoa profesional preste atención á percepción dos trastornos desde a que inicia a intervención, sendo consciente de que esta inflúe de novo sobre a súa percepción de aqueles. Percepción, que, por outro lado, é un constructo cuxo estatuto de tal é necesario ter en conta.

Como afirma o antropólogo Carmelo Lisón Tolosana si nos preguntamos «Que é a enfermidade» a resposta parece obvia pero non o é. Nin sequera no

interior da nosa propia cultura” (1981, p. 189). Para, a continuación, explicar que a enfermidade é unha construción social, de ahí, situacións como as orixinadas polo feito de que a principios do século XX en Misissipi a malaria fora tan común que nin sequera se considerara unha enfermidade ou o que según cada cultura unha enfermidade mental, nun momento determinado, pode ser considerada unha posesión demoníaca, un don chamánico, un castigo divino...Algo que contrasta co feito de que, na recente publicación dun dicionario de traballo social (Fernández García, De Lorenzo y Vázquez, 2012), só se recolla como entrada en relación ao concepto de enfermidade o termo enfermidade profesional. Ou que no dicionario de traballo social de Ezequiel Ander-Egg (1995), despáchase o termo enfermidade mental cunhas cantas liñas, nas que, basicamente, se recolle a clasificación de enfermidades mentais da Organización Mundial da Saúde (OMS).

Todo elo impón a necesidade de levar a cabo unas breves reflexións teóricas sobre a concepción da enfermidade.

En canto á dimensión diacrónica, Foucault (2006, 2007a) dedicou unha das súas máis coñecidas obras á análise da xenealoxía da categoría de loucura na sociedade occidental moderna, aínda que el mesmo a corrixe un pouco máis adiante nun curso impartido no Collège de France no curso 1973-4 (2005). Nela distingue tres grandes épocas na historia da enfermidade mental: o Renacemento, a época clásica e a modernidade. Durante o Renacemento a loucura estaría ligada á experiencia doutro mundo, e por tanto, permanece ligada ao sagrado. Na época clásica iniciase a separación das esferas da razón e a sinrazón. A loucura vincúlase á pobreza, a persoas con comportamentos sexuais distintos, e evoluciona de estar ligada ao sagrado a estar ligada á moral. É o momento dos grandes centros de internamento como lugares que fomentan o control social sobre o distinto, o outro. Xurde entón o que Foucault (2005) denomina poder disciplinario, que se caracteriza por unha aplicación do tipo de poder que o exército viña utilizando desde o século XVII aos tolos a partir do XVIII. Durante a modernidade predomina o proxecto diagnóstico ligada a un proceso de obxectivación do corpo mediante o uso da chamada mirada médica (Foucault, 2007b). É a época na que a psiquiatría inicia o seu lento nacemento a través de figuras como Esquirol, Pinel o Tuke. Foucault argumenta que nace unha nova ética do traballo que non permite seguir exercendo o control cos métodos usados ata entón (o encerro), nacendo, ao mesmo tempo, unha nova concepción da necesidade de asistencia aos pobres que no existía ata entón, ao mudar o tipo de percepción que dominaba das persoas en situación de pobreza (Geremek, 1991). Acábase xenerando o poder psiquiátrico que “é o complemento de poder en virtude do cal o real impúxose á loucura en nome dunha verdade posuída dunha vez por todas por ese poder co nome dunha ciencia médica, psiquiatría” (Foucault, 2005, p. 137).

Por outra banda, os trastornos de alimentación terían os seus antecedentes máis remotos na antigüidade clásica. Así en Grecia xa atopamos

relatos da realización de xaxúns de tipo ritual. O propio termo bulimia procede etimoloxicamente do grego (*boul/limos*), significando fame de boi. O propio Jenofonte relata prácticas bulímicas por parte dos soldados gregos. E Hipócrates diferencia a fame normal da fame excesiva ou *boulimos*.

Figura nº 1: Evolución histórica dos trastornos da conduta alimentaria

Trastorno	Antigüidade	Idade Media	Séculos XVII-XIX	Século XIX	Séculos XX-XXI
ANOREXIA	Xaxún ritual	Anoréxicas santas	Secularización	Casos clínicos	Anorexia nerviosa
	Prácticas bulímicas	O vómito como penitencia	Kynorexia e Bulimia emética	Casos clínicos	Bulimia nerviosa

Fonte: Adaptado de Calado Otero, M. e Lameiras Fernández, M. (2014). Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso ¿son los medios de comunicación tan influyentes?. Valencia: Tirant Humanidades.

Na Idade Media, na literatura científica, examínase o fenómeno das *anoréxicas santas*, definido por R. Bell en 1985 (Calado e Lameiras, 2014; Hinojosa, 2009). Pódense atopar relatos desa época sobre mulleres que practicaban o xaxún (ou que so se alimentaban da hostia consagrada). E que buscaban alcanzar a purificación mediante a práctica da penitencia. Aínda que para algunha autora, posicionada nun marco de interpretación feminista «os comportamentos anoréxicos destas mulleres tiñan como finalidade redimir a súa indignidade e inferioridade, pero ao mesmo tempo libéralas do seu habitual estado de sumisión respecto ao home» (Calado e Lameiras, 2014, p. 35).

En canto aos trastornos da imaxe corporal atopámonos co *complexo de Tersites*, en referencia a este personaxe que se definía como o máis feo dos gregos de Troia. Aínda que suxírese que poderían derivar do denominado *complexo de Quasimodo* en referencia ao personaxe de Víctor Hugo, e que orixinaría síntomas como: ansiedade, hostilidade, illamento social. El DSM-IV vincula este tipo de trastornos a trastornos de tipo delirante que deben de implicar un certo deterioro no funcionamento psicosocial das personas. Frente a isto, o CIE-10 os clasifica como trastornos de tipo hipocondríaco, recoñecendo un subtipo de trastorno delirante persistente. Aínda que de novo atopamos autoridades que sinalan que: «a aparición en escena dos trastornos alimentarios aportou un grupo considerable de pacientes dos que se di que están padecendo *trastorno dismórfico corporal* (de feito algúns consideran que este é o síntoma central)» (Berrios, 2013, p. 353). De novo os difusos límites entre os trastornos de alimentación e os da imaxe corporal fan aparición. En calquera caso, Berrios considera que o punto de interacción entre ambos tipos de trastornos atoparíase na categoría das «actitudes patolóxicas cara si mesmo» (Berrios, 2013, p. 353).

Esta consideración da enfermidade como realidade social vólvese máis chamativa no caso da enfermidade mental. Algunhas culturas marcaron aos enfermos mentais como os chamáns, os iluminados. Mentras que a cultura occidental tendeu, e tende, á estigmatización e exclusión das persoas con enfermidade mental, sexa do tipo que sexa.

Agora ben, se falamos de percepción Juan Luis Pintos sinala que «os imaxinarios sociais teñen unha función primaria que se podería definir como a elaboración e distribución xeneralizada de instrumentos de percepción da realidade social construída como realmente existente» (Pintos, 1995, p. 11). Así pois, os imaxinarios convértense nos marcos de referencia que orixinan, informan e delimitan as percepcións que se teñen na sociedade deste tipo de trastornos, de ahí a súa importancia.

Este tipo de interpretación tamén pode ser asignada aos trastornos de alimentación dos que Sergio Hinojosa di que a súa percepción bascula entre «unha visión puramente médica-endocrina -máis ou menos ligada á xenética-, nun extremo, e unha concepción culturalista, impregnada dunha psicoloxía dinámica que prescinde de todo factor biolóxico, no outro» (2009, p. 67). Hinojosa menciona tamén unha postura de tipo ecléctico.

Torres Cubeiro (2012) sinala que Peter Tyrer e Derek Steinberg identifican catro tipos de imaxinarios en relación á enfermidade mental:

- 1) A enfermidade mental como enfermidade obxecto de estudo e tratamento por parte da psiquiatría, convertida en obxecto de estudo positivo pola ciencia médica. Este imaxinario recoñecese co nome de modelo médico, asignado polo sociólogo William C. Cockerham (1996). Partiría da definición de enfermidade establecida no seu momento por Hipócrates, e transmitido, según Cockerham a través da súa influencia a toda a corrente de pensamento occidental. Este imaxinario asimilaría a enfermidade mental a calquera outra enfermidade. Agora ben, según Cockerham este modelo adoecería de dúas debilidades: 1. Que o modelo céntrase case exclusivamente no control dos trastornos e non na súa cura definitiva. E ignora os factores ambientais externos. 2. Cockerham argumenta que este modelo non foi capaz de explicar a causa dos trastornos mentais. Este sociólogo sinala como actualmente este modelo converteuse en predominante dentro da psiquiatría a pesar das súas limitacións (algo co que coincide Pérez Álvarez, 2014).
- 2) A enfermidade mental como obxecto de estudo da psicoloxía, con axuda da súa batería de probas e test.
- 3) A imaxe da enfermidade mental construída a partir da súa situación social, ou a sociedade como creadora da propia enfermidade.
- 4) A psicoanálise como teoría explicativa a través do complexo de Edipo. Aínda que, a psicoanálise fai tempo que sofre críticas (López

Ibor, 1988) entre as que se sinala, recentemente, a imposibilidade de aplicar a psicoanálise a un caso que no sexa o do propio Freud (Onfray, 2011).

No trunfo actual do imaxinario médico, poden estar influíndo tres tendencias que sinalou F. Fukuyama (González Pardo e Pérez Álvarez, 2014): 1. O desexo da xente de medicalizar a súa conduta, xa que así reduce a súa responsabilidade sobre os seus actos, 2. A presión dos grupos sociais (profesores, médicos, compañías farmacéuticas...) debido a intereses económicos e 3. O intento de medicalizalo todo. Tentando producir explicacións médicas que o alcancen todo.

Os imaxinarios sociais axudariánnos, e posibilitarían, o manexo dos contextos de alta complexidade nos que nos movemos nas sociedades posmodernas. A través da selección simplificamos a sociedade, e perfilamos a súa realidade e percepción. Pero, os imaxinarios sociais non son coherentes, senón que son contraditorios, sinxelamente funcionan (Torres Cubeiro, 2012). O mundo posmoderno caracterízase pola caída das grandes cosmovisións artelladas en forma de sistemas teóricos pechados en sí mesmos. A nova situación reclama análises de carácter complexo (Morin, 2007), nos que se poidan explicitar os grandes paradoxos ou contradicións da nova racionalidade local e de carácter restrinxido. N. Luhmann di nunha das súas obras: «Unha teoría sociolóxica que pretenda consolidar as relacións propias do seu campo, non só ten que ser complexa, senón moito máis complexa comparada co que intentaron os clásicos» (1998, p.9). Como é sabido este autor defende que a sociedade alcanzou semellante nivel de complexidade que isto urxe á selección de elementos, o cal acaba provocando continxencia (Luhmann, 1997) e, en último termo, aumento do risco (Luhmann, 2007).

Por outra banda, a propia percepción destas enfermidades poden sufrir certos cambios ou evolución ao longo dos anos de formación dos futuros profesionais que van traballar coas persoas con este tipo de diagnósticos, podendo influír na posterior intervención que se realice con elas. É necesario, pois, ter unha idea correcta da percepción social das enfermidades mentais que se transmite a estes profesionais. Xa que, indo un pouco máis alá, determinadas ideas preconcebidas, opinións, prexuízos ou falta de complexidade pode introducir sesgos o distorsións nas intervencións que se leven a cabo. Así o demostran fenómenos estudados por parte dos terapeutas como as profecías que se autocumplen, que poden beneficiar ou prexudicar á persoa coa que se intervén, ou os chamados *efecto Pigmalión*, *efecto Barnum* (González Pardo e Pérez Álvarez, 2014; Sirigatti, Stefanile, Nardone, 2011). Unha investigación como a que aquí se propón supón, pois, unha oportunidade de validar posibles abordaxes de acercamento e intervención con persoas con determinados diagnósticos, carentes de sesgos e distorsións. O cal pode redundar nunha intervención levada a cabo con máis seguridade en relación aos seus resultados, e máis, se temos en conta que as últimas investigacións en relación á eficacia da psicoterapia iguala a importancia dos resultados

producidos provenientes do tipo de modelo ou técnica aplicada cos producidos pola relación entre o clínico e o paciente. Ao que se suma que na actualidade o tratamento, sexa psicoterapéutico ou farmacolóxico dos pacientes, so ten resultados positivos entre o 40 e o 70% dos casos (González Pardo e Pérez Álvarez, 2014).

Ao explicado pódese engadir a importante polémica que xerou a recente saída do prelo por parte da APA (*American Psychological Association*) do seu último manual diagnóstico (DSM-V). O cal pódese dicir que nace ferido de morte dado que dúas das máis prestixiosas institucións relacionadas coas enfermidades mentais e a investigación sobre estes asuntos (*O National Institute of Mental Health e a International Critical Psychiatry Network*), o desautorizaron. O NIMH abandonou o seu uso debido á súa «falta de validez e sinalando ademais que os pacientes se merecen algo mellor» (Pérez Álvarez, 2014, p. 38). E a ICPN solicitou a súa abolición.

Algúns autores alegan a estigmatización que implica o proceso diagnóstico tradicional como causa da reprobación dos actuais manuais diagnósticos (tanto o DSM-V¹ como o CIE-11²). Así como o feito de que os diagnósticos psiquiátricos non serían necesarios según os principais paradigmas terapéuticos actuais (Pérez Álvarez, 2014).

Noutro orden de cousas, pódese supoñer que a percepción dos trastornos vese influída polo proceso de profesionalización polo que pasan os profesionais obxecto desta investigación e que remata por crear e configurar o rol profesional que desenvolverán durante a súa vida profesional.

Finalmente, elixíronse os trastornos da conduta alimentaria e da imaxe corporal debido ao incremento da súa prevalencia nos últimos trinta anos, como sinala a APA e os estudos máis recentes (Calado e Lameiras, 2014). Ao que se suma o feito de que afectan predominantemente á poboación xoven³.

I. METODOLOXÍA

Obxectivo xeral

Estudar a evolución da percepción social dos trastornos da conduta alimentaria, e da imaxe, do estudiantado de traballo social da Universidade de Santiago de Compostela (USC) e a súa influencia sobre a práctica profesional.

¹ O DSM-V é a quinta edición do manual diagnóstico da Asociación Americana de Psicoloxía.

² O CIE 11 é a décimo primeira revisión da Clasificación Internacional de Enfermidades da Organización Mundial da Saúde (OMS).

³ A prevalencia sería do 2% na poboación feminina de entre 15 e 25 anos, estando en situación de risco o 10% da poboación (Calado e Lameiras, 2014). No caso da anorexia ata o 5% das persoas enfermas inician o trastorno ao principio da segunda década de vida desa persoa (Sadock e Sadock, 2009). En concreto, en España, a prevalencia entre a poboación adolescente situaríase entre o 1 e o 4,7%, según os diferentes estudos (Calado e Lameiras, 2014).

Obxectivos específicos

1. Analizar o nivel de complexidade da percepción social dos trastornos da conduta alimentaria, e da imaxe, por parte dos profesionais e estudantes obxecto de estudo.
2. Enumerar e analizar os principais significados asignados aos trastornos da conduta alimentaria, e da imaxe, por parte dos citados profesionais e estudantes.
3. Estudar a influencia da percepción social destes trastornos na práctica profesional.
4. Describir a evolución da percepción social do rol profesional destes profesionais e, cómo esta pode afectar á práctica profesional.

1.1. Os grupos de discusión

Dado o tipo de investigación que se levou a cabo considerouse que o deseño máis axeitado ten que vir configurado por unha metodoloxía cualitativa que permitiría o acceso aos significados e símbolos construídos e mediados socialmente, permitindo unha descrición complexa e profunda dos mesmos. Xa que si o mundo social está mediado por significados que modifican ese mundo (Berger e Luckmann, 1984). E si é a interacción social o espazo no que se confiren significados e se desenvolven os fundamentos das opinións e o comportamento (Barbour, 2013), o uso do grupo de discusión permitirá acceder a eses niveis de significado.

Leváronse a cabo dous grupo de discusión co alumnado de primeiro de grao de traballo social (un o ano escolar 2013-14 e outro o curso 2014-15). Realizouse outro grupo co alumnado de terceiro, xa que nese curso existe unha asignatura chamada *Traballo social no ámbito da saúde mental*. No caso destes grupos aplicouse un muestreo de tipo non probabilístico por cuotas para a elección dos participantes nos grupos (Ruíz Olabuénaga, 2012). A distribución da mostra fíxose en función dos criterios de: sexo, idade, tamaño do hábitat e o feito de ter, o non, algún familiar ou persoa cercana con este tipo de diagnósticos⁴.

Fíxose un cuarto grupo con profesionais do traballo social que remataron a carreira fai anos⁵, para indagar as posibles influencias da práctica na percepción deste tipo de enfermidades e viceversa. Neste caso aplicouse un muestreo de tipo non probabilístico, de tipo intencional ou dirixido para seleccionar aos membros do grupo (Ruíz Olabuénaga, 2012). Os criterios de distribución da mostra foron: a experiencia profesional, ou carencia dela -en Servizos Sociais ou campos afíns-, o feito de ter formación

⁴ No caso do alumnado de terceiro de grao súmase o feito de haber elexido, ou non, a mencionada asignatura.

⁵ Unha persoa acabou a carreira hai tres anos, outra hai catorce e o resto hai máis de vinte anos.

específica en campos relacionados cos trastornos obxecto de estudo, o haber traballado con persoas con este tipo de diagnósticos, e, de novo, o ter ou non un familiar (ou persoa con unha relación moi cercana) con estes diagnósticos e os anos que fai que obtiveron a titulación.

1.2. A calidade da investigación

Aplicáronse estratexias como:

- **A credibilidade:** garantida neste caso pola triangulación teórica. E a contrastación dos datos e evolución da investigación con persoal investigador independente.
- **A tranferibilidade:** garantida por un muestreo cualitativo axeitado.
- **A dependibilidade:** garantida pola facilitación das transcripcions, guiños, e de calquera outra documentación que permita seguir a pista do traballo realizado.

Garantiuse, en todo caso, a privacidade, confidencialidade e o consentimento da información e os datos das persoas participantes na investigación. Así como, o cumprimento da Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD).

1.3. Abordaxe teórica

Fíxose uso da teoría sistémica, e en concreto da súa vertiente constructivista. Este paradigma caracterizouse desde os seus inicios por poñer o foco sobre as relacións humanas como obxecto de intervención⁶, que chegan a configurar e co-crear ás persoas (constructivismo e construccinismo social). O que impón unha ollada sobre a doenza mental e, en concreto, os trastornos da alimentación e a imaxe, como constructos de carácter histórico social, o que, á súa vez, difumina os límites entre as definicións das enfermidades e a propia percepción social das mesmas (González Pardo y Pérez Álvarez, 2014). Xurdindo unha causalidade circular na cal o sistema científico determina unha definición, que, á súa vez, se ve reformulada pola percepción social e os imaxinarios que a informan.

Complementouse a abordaxe teórica coas achegas feitas desde o paradigma sistémico considerado na súa acepción máis ampla. Tivéronse en conta, pois, as achegas feitas desde a socioloxía (personificadas nas figuras de Niklas Luhmann e, no caso dos imaxinarios sociais Juan Luis Pintos), a concepción constructivista e construccinista (Gergen e Gergen, 2011; Watzlawick e Ceberio, 2006).

⁶ De feito nos seus inicios este modelo, que naceu vinculado ao traballo social denominouse terapia familiar aunque, andando o tempo, permitiu a aparición de modelos de intervención individual (Bermúdez e Brik, 2010; Boscolo e Bertrando, 2008; Canevaro, 2012).

Aplicouse unha abordaxe diacrónica e sincrónica, a un asunto tan complexo como é o dos trastornos de alimentación e da imaxe, xa que dende un punto de vista constructivista a propia definición «confúndese» coa percepción. Así pois, en especial utilizáronse as achegas feitas dende a socioloxía do coñecemento, das profesións e da saúde mental, así como dende o traballo social e a terapia sistémica.

Todo elo enfocado desde o punto de vista dos imaxinarios sociais como elementos que configuran unha semántica que «explica» a doenza mental, ou cando menos, permítenos asignarlle significados diversos e compartidos pola sociedade, e que determinan e informan, a percepción social dos trastornos.

Tales análises enriquecéronse coas teorías de autores que se consideran pertinentes por adicarse á análise da percepción da enfermidade mental, como Michel Foucault⁷ ou Erving Goffman, ou aportacións feitas desde a antropoloxía e a socioloxía. Tendentes a formar unha rede teórica, o suficientemente trabada e complexa, como para que permita unha análise desde un punto de vista integrador dun fenómeno complexo como é o deste tipo de trastornos e a percepción que deles temos e xenera a sociedade.

II. ANÁLISE DOS RESULTADOS

II.1. O significado da enfermidade: do modelo médico á complexidade comprensiva

O **alumnado de primeiro** mostra unha percepción dos trastornos obxecto de estudo de carácter empirista, reduccionista e con falta de complexidade. Percepción que inclúe nocións como a culpa, a capacidade de control das persoas, os complexos persoais de fondo. Con significados ligados á invisibilización, illamento e exclusión.

A mencionada percepción poderíase considerar pois influída polo imaxinario do modelo médico. Unha das participantes comenta: «Unha enfermidade tócanos o físico⁸» (P.4, 27), mentras que se usa o termo trastorno para referirse á compoñente psicolóxica que poida ter unha posible enfermidade. P.3 di «para mí una persona que tiene un trastorno alimentario no tiene una enfermedad. Una persona que tiene una enfermedad necesita un tratamiento médico» (p. 27), ata o punto que se chega a diferenciar o

⁷ A isto súmase o feito de que Foucault ven tendo unha influencia crecente nos últimos tempos no traballo social (Chambon, Epstein, e Irving, 2001; Healy, 2001). Ademais, o filósofo francés exerceu unha influencia determinante en Michael White, traballador social e terapeuta sistémico que creou un dos modelos máis valorados e actuais de intervención nos trastornos de alimentación (White, 2002; 2004).

⁸ As citas do dito polas persoas participantes nos grupos insentáronse literalmente respectando posibles erros ortográficos, ou mestura do galego e o castelán ou mesmo o uso dese último idioma. Identificáronse cun P (participante), e un número que permita a súa localización, seguido do número de páxina onde se atopa a cita na transcripción.

que é unha enfermidade do que non o é, debido a que as enfermidades se tratan con pastillas. Así toda enfermidade mental tratada con psicoterapia deixaría de selo utilizando este tipo de criterios de definición.

Aparece, iso sí, un certo asomo do que se considera o estigma da enfermidade, pero tematizado dunha maneira moi rudimentaria e falta de forma profesional. Así, expoñen cómo o uso dos termos enfermidade mental e trastorno poden sonar despectivos para a persoa á que se lles dirixen, expoñendo como exemplos situacións da vida persoal das persoas participantes, pero sin expoñer as consecuencias que isto arrastra. Neste senso, só se pode vislumbrar un certo asomo de conciencia do estigma cando se menciona que estas persoas sintense rexeitadas pola sociedade.

Destacar o uso de expresións como «personas que padecen de nervios» (P.1, 30). Concepción típica de determinado imaxinario social, predominante incluso hoxe en día en lugares do rural, e que persoalmente atopei moi a miúdo na miña práctica profesional. Aínda que cabe preguntarse qué tipo de influencia se pode producir sobre a intervención se un profesional que vai a intervir cunha persoa cun trastorno da alimentación ou da imaxe, se dispón a facelo con este imaxinario de fondo, informando e mantendo unha percepción da situación pola que está pasando a persoa usuaria coa que vai a intervir.

A simplificación na percepción deste tipo de enfermidades chama a atención á hora de falar dos síntomas destas enfermidades. Só se menciona o «no comer» (P. 5, 30) como síntoma que mostran as persoas con estas enfermidades. Isto conduce á consideración destas enfermidades a partir das categorías de «adicción» (P.2, 29) e «obsesión» (P.5, 29). Resulta curioso o uso do termo adicción xa que si aplicamos unha técnica como a das «comparacións distantes» (Gibbs, 2012, p. 78). Pódese observar que si se compara aos enfermos de trastornos da alimentación o da imaxe con persoas con adicción pódese detectar a asignación de control voluntario, a lo menos nun primeiro momento, da conduta que levan a cabo. De ahí, os típicos intentos de control da conduta por parte do entorno mais cercano, e que pode provocar, tanto conflitos como problemas de relación. O que, debe comprenderse, que, á súa vez, é devolto por parte da persoa enferma cun reforzo, e rixidificación da conduta levada a cabo, a través do proceso da causalidade circular que elimina a simplificación de intentar explicar as relacións humanas a través de procesos de tipo causa → efecto. Que, en última instancia, tenden a provocar simplificacións que eliminan complexidade e tenden a reforzar a posibilidade de acabar xulgando á persoa coa que estamos intervindo.

Por outra banda, a propia enfermidade formou parte durante moito tempo do imaxinario social das persoas en situación de pobreza, e da percepción social que de elas se tiña (Geremek, 1991; Gondar, 1999). Algo que parece validar algunhas investigacións (Muñoz, Vázquez e Vázquez, 2003).

Á súa vez, ambas situacións veñen caracterizadas por un estigma social que produce exclusión e illamento. Aínda que neste caso as persoas deste grupo cargan sobre as persoas con trastorno de alimentación ou da imaxe a responsabilidade, caracterizándoas como persoas que se poñen á defensiva e que se poñen un escudo. A isto pódese engadir o feito de que en ambos casos (nos trastornos de alimentación, da imaxe e nas persoas con determinadas adiccións), pódese observar un cambio físico que permite a súa identificación por parte das persoas que os rodean como afectados por unha das situacións que se acaban de mencionar. Eses cambios físicos (perda de peso, olleiras, aspecto demacrado, etc.) que se producen nalgúns casos, facilitarían o que se puidese discriminar máis facilmente a estas persoas, xa que permitiría unha identificación que non producen ou provocan outras enfermidades (aumentando a súa visibilización ou visibilidade).

Neste senso, o alumnado de primeiro introduce unha noción sorprendente si vamos a falar dos trastornos de alimentación ou da imaxe, como é a noción de culpa. A culpa é un concepto relixioso que está relacionado coa noción de causa. Quén ten a culpa de algo provocou ou orixinou algo. Así, pois, deducir que se está asignando a causa da enfermidade a estas persoas (a través dunha noción con connotacións morais), debido á súa capacidade de control sobre a situación que non son capaces de poñer en marcha.

No caso do grupo do alumnado de terceiro sigue presente a noción de enfermidade ligada ao imaxinario do modelo médico. Por exemplo, P.5 comenta «Enfermedad es algo como más... de parte biológica» (P.5, 50). E tamén asignan connotacións negativas aos conceptos de trastorno e síndrome. Aínda que, neste caso, o nivel de complexidade vai en aumento. Así, P.4 comenta que «el trastorno de la imagen corporal se refiere al significado que le das a tu cuerpo» (P.4, 50), a partir de aquí perciben como causas destas enfermidades unha idea da delgadez ligada ao éxito social a través da labor levada a cabo polos medios de comunicación de masas. Aínda que, de novo, a explicación do labor dos medios de comunicación simplifícase ao máximo ao argumentar que os medios de comunicación inflúen debido a que teñen que vender os produtos de beleza ligados a corpos perfectos. Sen explicar, en todo caso, qué tipo de procesos están na base de tales tipos de influencias, é dicir, os medios de comunicación como axentes de socialización, ou en palabras de Luhmann, como creadores de realidade (2000).

Tamén neste caso fai aparición a obsesión e a culpa como significados ligados a este tipo de enfermidades. E, neste caso, incluso podemos atopar mencionado explicitamente a falta de control das persoas que padecen estas enfermidades, chegando a dicir que teñen estas enfermidades porque «comen de máis e queren vomitar» (P.2, 52). O uso do verbo querer deixa ben ás claras a determinación das responsabilidades das condutas.

Os alumnos de terceiro introducen a carga persoal das persoas con este tipo de trastornos mencionando os sentimentos de incompreensión que sofren. O feito de pensar que fan algo malo. O feito de non sentirse integrados, e de que todo elo provoca que non se gusten. O que, ao fin e ao cabo, acaba xenerando sufrimento nas persoas con este tipo de enfermidades e nos seus familiares.

É neste momento cando se introduce unha idea moi destacable: o corpo como signo de aceptación social. Nunha sociedade dominada pola imaxe, que á súa vez, está enmarcada nunha concepción do corpo humano dominado por patróns de beleza imposibles, estereotipos sexistas e patróns inalcanzables de perfección, «la belleza se busca que sea algo inaccesible, se busca la exclusividad» (P.5, 59). Por todo iso, caracterizan a este tipo de enfermidades como prevalentes nas capas de nivel sociocultural superior, xa que, según as persoas participantes as familias de clase media ou baixa lle darían importancia a outras cousas, estando adicadas á cobertura doutro tipo de necesidades máis acuciantes. Este tipo de argumentos que caracterizan a alimentación como marca de nivel social e método de alcanzar diferenciación social e certa exclusividade, xa foi defendida polo sociólogo Thorstein Veblen (2002).

Paloma Herrera, na súa magnífica investigación *Del comer al nutrir* (2010), avanza un paso máis e lle asigna á alimentación a categoría de feito social total. Para elo define o feito do comer, xa non como o feito de ter o suficiente para alimentarnos, senón como a necesidade de basearnos nas características dietéticas do que comemos. Según Herrera produciríase na modernidade un «deslizamento do significado do que é unha dieta, que pasa da súa acepción tradicional como réximen (...) a connotar *horror, sufrimento, e tortura* para quen, cando comen, o que comen son proteínas (...) en aras de conseguir unha *alimentación saúdable*» (2010, p. 300), consumindo xa non platos senón abstraccións. Neste senso os membros do grupo argumentan que as dietas teñen un lugar de importancia na orixe dos trastornos de alimentación xa que se corre o risco de empezar unha dieta, e debido á falta de control ao querer adelgazar rapidamente, pódese acabar tendo algunha destas enfermidades.

Por outra banda, é moi importante a idea apuntada por P.4 que sinala a necesidade de introducir a individualización na percepción da situación dicindo «quizás también depende de la personas concreta de la que estemos hablando. Las hay más autónomas, con una personalidad más fuerte. Quizás otras más débiles» (P.4, 61). Isto estaría na liña da teoría exposta por algúns autores no sentido de considerar todos os diagnósticos psiquiátricos como diagnósticos de síndromes, é dicir, de listas de síntomas, que se encarnan nunha situación e nunha persoa concreta (González Pardo y Pérez Álvarez, 2014). Isto permitiría falar, xa non de enfermidades senón de enfermos. É dicir, permitiríanos observar a cada persoa coas peculiaridades e idiosincrasias que lle produce a súa enfermidade, que sería diferente en cada caso. Todo isto posibilitaríanos un acercamento ás áreas ou capacidades das

persoas que non están afectadas pola enfermidade ou que simplemente, aínda que estén afectadas non están anuladas polo trastorno. O que nos da acceso a unha persoa coas súas limitacións e capacidades máis alá da enfermidade (que tende a inundalo todo e ocultar o que esté enmascarado por ela). Aínda que P.3 contesta «que se xa teñen un trastorno de alimentación unha personalidade fuerte ou moi forte non teñen» (P.3, 61)

Pero é no grupo de profesionais onde se alcanza un maior nivel de complexidade ao falar dos significados destas enfermidades. Neste caso, xurde a noción de enfermidade mental como etiqueta ou construción que pode etiquetar e estigmatizar. Sinálase que «el discurso crea realidades» (P.3, 69). Introdúcese, pois, unha idea constructivista da enfermidade mental. Así «os trastornos mentais lonxe de ser as supostas entidades naturais de base biológica que buena parte da clínica actual (...) pretende facer crer, serían entidades construídas de carácter histórico-social, máis suxeitas aos vaivéns da vida que aos desequilibrios da neuroquímica (...) máis do orden dos problemas da vida que da bioloxía e da persoa que do cerebro» (Íbid, p. 13-14). Neste senso as profesionais introducen unha distinción que iría na liña da cita anterior, cando distinguen os malestares da vida, dos trastornos. Unhas participantes argumentan:

P.1: 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 (...)

P.2: La cuestión es cómo lo asumes (77)

Para acabar por matizar, por parte de P.4 que «trastorno es aquello que no te permite avanzar en una vida normalizada» (P4, 78). Incidir en que, neste caso, fronte ao resto dos grupos utilízase o adxetivo normalizada, e non a palabra normal. O termo normal soe asimilarse á normalidade ou media estatística, o que tende a estigmatizar a todas as persoas que non se identifican coas posicións medias das distribucións estatísticas.

Todo isto permite a interpretación de determinadas condutas, como as condutas de engano destas persoas, como «juegos» que utilizan á hora de «construir estos mundos diferentes que dificultan el que puedan integrarse» (P.1, 75). Fan a súa aparición, pois, nocións que tenden a non culpabilizar ás persoas con enfermidade mental, e en concreto con trastornos da alimentación ou da imaxe. A realidade non é o que vemos, senón o que pensamos que é, e cómo a vivenciamos. Ante unha mesma situación unha persoa pode desenvolver un trastorno e outra non. Xa que, como di P.2 na cita que encabeza esta páxina, todo depende de cómo se asuman as situacións por parte das distintas persoas.

Estes plantexamentos crean un marco que permite a introdución e o uso de modelos e técnicas profesionais que traballen desde a capacidade de

resistencia e de resiliencia, das persoas. Trátase dun cambio de foco desde o déficit e o problema á capacidade e a habilidade e, en definitiva, á posibilidade de cambio. Algo que debe de iniciarse desde a propia percepción do profesional.

Seguindo coa argumentación introdúcese a noción de factores, ou indicadores de risco. Así pois, desaparece a tentación de buscar unha única causa simple, e inconexa, que acabe xenerando a aparición do trastorno. P.3 di que «El problema es cuando los factores se encadenan y se convierten en desencadenantes» (P.3, 85). Os modelos explicativos dos trastornos obxecto desta investigación tenden a propoñer modelos multifactoriais baseados na interacción de factores de risco de tipo: fisiolóxico, biolóxico, evolutivos, psicolóxicos e socioculturais (Calado e Lameiras, 2014; Sadock e Sadock, 2009).

Considérase interesante sinalar a aparición no grupo de profesionais da noción do medo ligado a este tipo de enfermidades. P.2 atribúe unha noción moito máis naturalista e desestigmatizada da enfermidade mental ao hábitat rural, na que a cercanía permite a convivencia e a integración das persoas con enfermidades mentais. A argumentación basearíase en que a cercanía permite o coñecemento do outro e evita que xurda o medo cara esa persoa. Algo moi importante xa 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, 72). Pódense distinguir dous campos semánticos organizados dicotomicamente nos que se organizan os significados asociados aos trastornos da alimentación e da imaxe desde estes dous eixos interpretativos. Temos, pois, a orde da cercanía, que implicaría unha maior complexidade e unha maior posibilidade de comprensión das persoas. Por outro lado, a lejanía podería derivar en certa falta de complexidade que xenere falta de coñecemento destas persoas, e que acaben xenerando incompreensión e, en último extremo medo (neste caso, signo e símbolo do estigma asociado a estas enfermidades).

En relación a determinados prexuízos que soen ir asociados a determinados diagnósticos, no caso dos trastornos da alimentación e a imaxe, hai tempo que unha investigadora (Bruch, 2013) sinalou o perigo de asignar determinados prexuízos asociados de significados como: anorexia-adelgazamiento-hiperactividade o polifagia-obesidade-pasividade. Xa que como escriben unhas investigadoras comentando esta idea «podríase chegar a estigmatizar ao/á paciente asumindo que posee determinados rasgos de personalidade que teoricamente non se modificarían; ao contrario do que ocurriría cando se ten unha visión da sintomatoloxía *modificable* en función da evolución da enfermidade e non exclusivamente da forma de ser do/da paciente»(Calado y Lameiras, 2014, p. 60). Este tipo de posicionamentos ou percepcións prexuízosas poden chegar a funcionar como din as autoras como profecías que se autocumplen. O que, é claro que soe exercer unha nefasta influencia na intervención coas persoas usuarias coas que se intervén.

II.2. Da culpa ao estigma

Nos grupos de discusión realizados co alumnado, como xa se comentou, fai aparición a noción de culpa. Sen embargo, no caso do grupo de profesionais a culpa non fai aparición, e gran parte do discurso artéllase ao redor da a noción de estigma. O estigma en canto significado, e maneiras de evitalo e previlo.

O estigma pode considerarse un atributo que desacredita a quén o posúe. O estigma é posuído por persoas ao redor das cales «construímos unha teoría do estigma, unha ideoloxía para explicar a súa inferioridade e dar conta do perigo que representa esa persoa, racionalizando a veces unha animosidade que se basa en outras diferenzas» (Goffman, 2012, p.17).

No caso dos alumnos e alumnas de primeiro menciónase a discriminación que poden sufrir as persoas, e do sufrimento que isto pode comportar. Pero, isto se explica de maneira falta do nivel de complexidade que xustifique e explique ese proceso. Así, por exemplo, nos tres grupos de estudantes menciónase a posible discriminación que poden sufrir as persoas con trastornos de alimentación no acceso ao emprego. Pero en ambos casos deféndese o argumento aducindo como única causa de discriminación o que as secuelas físicas que poden causar estas enfermidades limitarían o acceso a empregos que sexan cara ao público. Agora ben, as profesionais falan de menos oportunidades e de discriminación no acceso ao emprego debido aos posibles efectos producidos polos prexuízos dos empresarios e empresarias.

As profesionais falan de carga, etiqueta, estigma, que marcan e delimitan unha realidade que dificulta o acceso a determinados campos, ou áreas da sociedade. Unha «carga que tiene que llevar el enfermo» (P.1, 68) y que está «implícita» (P.2, 68). Pero unha carga coa que se pode traballar buscando cómo prevenila, ou limitar os seus efectos. Sendo conscientes, iso sí, como sinala unha das profesionais que participan no grupo que «yo misma formo parte de ese proceso que estigmatiza como profesional» (P.3, 71). A 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? (P.3, 71)

Este plantexamento permite relativizar a posición da enfermidade dentro da vida dunha persoa. A enfermidade, ou o trastorno, pasan a ser unha característica máis desta persoa, ao igual que pode levar lentes ou ter os ollos negros. A enfermidade deixa de invadilo todo ata chegar a inundalo

cos seus significados, para deixar aberta unha fenda pola que entre un pouco de luz e aire fresco, que permita considerar á persoa válida e competente nalgunha das áreas da súa vida. En caso contrario, podemos ter unha visión dunha persoa con psicose 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» (P.2, 74). O estigma é un proceso complexo no cal todos participamos e mediante o cal a sociedade xenera unha serie de etiquetas que se proxectan sobre os imaxinarios que determinan as nosas percepcións. E que, a posteriori, inflúen nas condutas e os comportamentos que levamos a cabo no noso día a día.

Unha das participantes do grupo de profesionais introduce unha idea a ter en conta ao sinalar que os estigmas soen estar asociados a condutas, características ou situacións que soen considerarse típicas das persoas de baixo nivel socioeconómico. O certo, é que as persoas sen fogar e as persoas con enfermidade mental veñen sendo dous dos sectores poboacionais caracterizados por un estigma máis forte e duradeiro ao longo da historia, como xa se mencionou. De feito, nalgúns momentos da historia ambas situacións sociais se consideraban unidas, tanto na súa consideración de problemas, como nas solucións a aplicar. Intento de solución que se concretizaba no encerro, algo que se mantivo, cos seus altos e baixos, ata a época da desinstitucionalización promovida pola antipsiquiatría nos anos setenta do século XX. Ambos sectores de poboación comparten algunhas características do seu estigma como é a invisibilización, illamento, percepción de perigosidade por parte da poboación, exclusión social, discriminación, menos oportunidades, etc. En relación á propia visualización deste tipo de situacións parece moi revelador un experimento organizado polo xornal *The Washington Post*, consistente en que un día o violinista clásico Joshua Bell, de fama internacional, situouse no metro de Washington a tocar o seu Stradivarius. A xente pasaba sen prestarlle demasiada atención (só 7 persoas detiveron a súa marcha). Cando a xente xa pasara por diante se os paraba e preguntábaselle se coñecían a este músico, só unha persoa foi capaz de recoñecelo. Imponse, pois, mesmo unha exclusión da mirada. A dicir verdade, soe ser habitual que os transeúntes non miren aos ollos ás persoas que piden na rúa, sendo habitual, polo contrario, que a xente aparte a mirada.

II.3. Os medios de comunicación de masas: a realidade e a imaxe

Si en algo coinciden os participantes nos catro grupos de discusión que se levaron a cabo é na consideración da función, e influencia dos medios de comunicación de masas nos trastornos da alimentación e a imaxe, e na súa percepción social. Agora ben, os matices e precisións realizadas polos participantes son importantes, e introducen diferenzas nos acercamentos realizados ao asunto.

O tres grupos de alumnos inciden na influencia dos medios e cómo estes están movidos por intereses económicos. No caso dos estudantes de

primeiro, o argumento é que os medios de comunicación exercen unha presión sobre os membros da sociedade debido ao intento de imposición de un canon de beleza, que de non axustarse ao que un é, pode derivar en discriminación, ou en que a sociedade non nos acepte. Ou que mediante un proceso de comparación cos demais nos leve a unha baixada da autoestima, co que iso pode producir nas persoas.

No caso dos estudantes de terceiro, fálase xa de ideal de beleza. Importante pola connotación que introduce o termo *ideal* como marca dalgo alonxado da realidade. Neste caso, cítase aos medios como causa deste tipo de enfermidades pola maneira en que venden os produtos de beleza. Nese senso, unha participante comenta que os medios de comunicación veñen de asumir o papel socializador que noutras épocas asumía a arte. Esta persoa argumenta que no seu momento en China existía o costume de vendar os pes das rapaciñas para reducir o seu tamaño e que se axustasen así ao prototipo de beleza da época. Ao que outra participante engade unha nova dimensión ao dicir que a dinámica mudou estando antes ligada ao aspecto físico e actualmente ligada á comida. P.3, expoñendo un coñecido argumento antropolóxico, comenta que os patróns de beleza cambiaron porque nun momento de dificultade económica buscábase unha muller entrada en carnes porque iso significaba que estaba «ben mantida que tiña cartos. Hoxe en día como todo o mundo ten acceso á comida, vanse buscando outro tipo de patróns de beleza» (P.3, 59). Pero, neste grupo fai aparición unha importante mostra de complexidade, xa que no só manteñen que os medios inflúen na sociedade senón que, á súa vez, defenden que a sociedade inflúe nos medios de comunicación. En concreto, este grupo menciona o tipo de debuxos animados que ven as nenas, e que influirían sobre ese concepto ideal de corpo que se transmite. En relación a este asunto destaca unha recente investigación, dada a coñecer en abril de 2014. A mencionada investigación foi elaborada pola Universidade de Granada (Alonso Valdivieso e Pertiñez López, 2014) sobre a análise de 163 debuxos animados, e un total de 621 personaxes. Nela se conclúe que o prototipo de imáxenes de personaxes se correspondería co de personaxes femininas excesivamente delgadas, e excesivamente preocupadas pola súa imaxe. Transmitíndose estereotipos de xénero como o feito de que as mulleres soen ser delgadas, menos no caso dalgunhas mulleres maiores que teñen sobrepeso, algo que non ocorre no caso dos homes.

No caso do grupo de profesionais destácase o «papel perverso» (P.2, 78) dos medios de comunicación que visibilizan continuamente o prototipo de beleza. Teríamos, pois, unha mensaxe que, falando da televisión, P.4 di que «llega a todos los lados (...) Dice siempre lo mismo. Y entonces está marcando» (P.4, 79). O problema sería, pois, a saturación da mensaxe e os prototipos que crea, xa que, neste caso deíxase claro que o patrón de beleza deixou de ser real. Vivimos sumidos na «búsqueda de la perfección» (P.4, 78), promovida polos medios. Ao que se suman as posibilidades de inmediatez e saturación que permiten, e posibilitan, as novas tecnoloxías da información. O problema non está tanto no patrón de beleza, que según os

participantes sempre existiu. Como en que o estereotipo da modernidade fixouse nunha perfección imposible de alcanzar e que ven santificada por un culto ao corpo que excede o saudable autocoidado para convertirse nun «objetivo que ha invadido tu vida» (P.3, 79). Este plantexamento sería compatible co papel dos medios de comunicación que expón Luhmann (aínda que este fixa como necesidade a continua novidade da información, o que implica unha vertixinosa sucesión de noticias que oscile sen cesar en busca da novidade), cando di que os medios de comunicación «vense obrigados a construír a realidade e, a dicir verdade, a construír unha realidade distinta fronte á propia realidade» (2000, p. 7). A función dos medios de comunicación de masas é dicirlle á sociedade cara ónde hai que mirar, construíndo un presente que permita seleccionar un pasado e xenerar expectativas futuras, o que xenera un sentido común de ampla aceptación social, o que nunha sociedade complexa e policontextural asegura a estabilidade do sistema (Torres Cubeiro, 2008).

Resulta curioso o feito de que en dous dos grupos (un de estudantes e no de profesionais), se cite o programa de televisión *Mulleres e Homes e viceversa* como prototipo do tipo de imaxe que se reclama socialmente á mocidade. No grupo de profesionais unha participante expón que cree que «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» (P.1, 80). Lígase, pois, a imaxe ao éxito social, o cal pode alcanzarse de maneira sinxela e sen gran esforzo, algo que algunha participante relaciona co auxe que están tendo nos últimos tempos os programas televisivos tipo reality, que poderían estar xenerando en algunhas persoas xóvenes a esperanza do acceso a unha vida «fácil», sen necesidade de preparación educativa previa, e que premie con altos ingresos.

En relación á imaxe, considérase importante destacar que en análises por campos semánticos, en todos os grupos pódese destacar o formado pola familia de prototipo, estereotipo, ou canon de beleza. Asimismo, no caso dos grupos de primeiro púidose comprobar a existencia dunha serie de termos relacionados co sentido da vista (mirar, entrar antes polos ollos, mirar aos ollos, mirar polos ollos, catro ollos...), este tipo de análises pódense vincular de novo aos procesos de estigmatización a través da mirada (invisibilización), dos que se falou con anterioridade. Dáselle pois una preeminencia ao sentido da vista que pode determinar como sinalan algúns autores (Bandler y Grinder, 2007), unha maneira determinada de afrontar a realidade. Algo que se debe ter en conta á hora de plantexar a intervención profesional coa persoa usuaria, xa que é da maior importancia o feito de usar a súa propia concepción do mundo (O' Hanlon, 1993), respectando así os seus puntos de referencia e as súas maneiras de asignación de significado ao mundo no que se move.

II.4. A información

Os estudantes de primeiro apuntan que creen que existe suficiente información sobre este tipo de enfermidades. Isto contrasta cos resultados

dunha investigación levada a cabo pola Universidade de Santiago para a Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado (2005), sobre as necesidades de información da xuventude. Esta investigación poñía de relieve o feito de que algo máis do 27% dos mozos, recoñecían ter baixa ou nula información sobre a anorexia e a bulimia. Os propios entrevistados (83%) reclaman máis información sobre estas enfermidades. Por outra banda, estas enfermidades sitúanse como o quinto problema, según o nivel de importancia, en relación aos problemas de saúde da xuventude. Cítase, asemade, a mala alimentación como un problema de saúde dos que máis preocupan a este sector de poboación.

O alumnado de terceiro expoñen que creen que non existe suficiente información. Téñense en conta que moitas veces o problema non é a propia falta de información senón o feito de que non sexa fácil de atopar, que sexa comprensible e que chegue a tempo. Asimismo, teñen en conta que moitas veces a información se ten pero non inflúe no proceso que conduce á enfermidade. Consideran que a televisión é o medio máis influente, xustificando esa influencia polo feito de utilizar como instrumento a imaxe. Aínda que según os participantes nesta investigación os medios de comunicación teñen como fin último alcanzar grandes audiencias, e non informar.

Sínálase o perigo que supón hoxe en día internet, sobre todo cando se busca información sobre asuntos relacionados coa imaxe e cos trastornos da conduta alimentaria.

Pola súa parte o grupo de profesionais sinalan que «Vivimos en la sociedad de la imagen y el cuidado del cuerpo» (P.4, 79). Agora ben, a cuestión sería para as participantes si «la cuestión es si la imagen se ha convertido en el fin de todo» (P.3, 85). Véndese pois unha imaxe irreal e inalcanzable que provoca unha presión nas persoas para acercarse e adecuarse a ese ideal imposible, perseguindo promesas de éxito e de triunfo. Reclámase que «tenemos que ser realistas (...) porque podemos pedir a las personas, o a las familias, realidades difíciles de resistir o de construir» (P.1, 76).

Destacar que os tres grupos formados sinalaron a televisión como o medio máis influente na sociedade. A pesar de que os participantes recoñecen a influencia da internet, seguen crendo que a televisión coincide máis coas condicións sociais que reclaman unha imaxe axustada aos prototipos existentes e permite unha maior saturación das mensaxes e unha maior cercanía e inmediatez. As investigacións virían a validar o feito de que os medios que exercen unha maior influencia nos xóvenes son a televisión e as revistas. En concreto, os xóvenes de entre 14 e 19 anos ven a televisión un punto e medio por riba da media (92,4%). Situándose os xóvenes desta mesma franxa de idade como o sector de poboación cunha maior porcentaxe de persoas que len revistas (72,2%) (Calado y Lameiras, 2014).

II.5. A influencia da percepción na práctica profesional

Esta influencia móstrase claramente si temos en conta, por exemplo, a postura de parte do grupo do alumnado de primeiro. O feito de aferrarse a un modelo médico que perfila unha percepción da enfermidade mental como outro tipo calquera de enfermidade, permitiría que o traballador social «no puidese» intervir con estas persoas. Xa que son profesionais da área social e non son médicos. Isto pode producir que a función deste profesional sexa derivar o caso a un médico/psiquiatra/psicólogo. Prodúcese, pois, unha amputación do campo de traballo dos servizos sociais cuxa área de influencia, parece quedar definida polo campo de traballo que non é exercido por un médico/psiquiatra/psicólogo. No mencionado grupo dúas persoas coinciden en dicir que as persoas con trastornos da imaxe ou da alimentación non presentan demandas en servizos sociais dicindo: «Yo sigo sin ver que vayan al trabajador social. Yo es la primera vez que escucho esto» (P.2, 45). A partir de aquí, a única opción posible é a de derivar a un especialista (médico/psiquiatra/psicólogo). Todo isto provoca que se pode dicir que «puedo ayudarla con su entorno, su familia... Pero no con su enfermedad» (P.6, 47). Así, a percepción que se teña da enfermidade pode danar ou sesgar terriblemente a posible intervención que se poda, ou se deba levar a cabo, coas persoas de referencia. Podendo, en último extremo, facela imposible, ao colocar ás persoas con este tipo de enfermidades máis alá dos límites profesionais dos traballadores e traballadoras sociais.

No caso dos estudantes de terceiro, a intervención que presentan está en correlación con unha percepción da enfermidade moito máis complexa e axustada. Neste caso preséntase o entorno como o principal foco de acción do traballador ou traballadora social. Consideran necesario aumentar a información e a formación do entorno para reducir os sentimentos de incompreensión que poden xenerar estas enfermidades. Creen necesaria a prevención e reforzar a autoestima. Todo elo baseado na empatía e o principio de non xulgar á persoa usuaria.

O grupo de profesionais considera que os casos chegarían a servizos sociais caracterizados por unha situación de desborde persoal e familiar, e polo conflito familiar. Deberíase, pois, levar a cabo labores de orientación, asesoramento, apoio psicolóxico e mediación. Defínese unha situación definida pola sensación de fracaso dos familiares destas persoas, o descontento permanente, os problemas convivenciais, os síntomas físicos e a desestructuración en diversas áreas.

Considérase adecuada unha formación básica neste tipo de enfermidades si se va a intervir con persoas afectadas por elas. Pero máis alá deste tipo de cuestións ponse de manifesto a necesidade de asentir ou adquirir unha serie de capacidades ou habilidades de carácter persoal para facilitar a abordaxe deste tipo de problemáticas. Así, por exemplo, débese ter un estilo comunicativo definido que evite o conflito, unha gran capacidade de integración de modelos e de teorías, facer gala dunha gran versatilidade, unha

gran capacidade para xenerar a empatía da persoa usuaria, así como grandes capacidades de mediación e negociación. Como se sinalou ao principio do grupo o traballador social, al igual que outros profesionais que se dedican ao traballo con persoas, deben facer un traballo previo ao que se realiza co usuario ou usuaria. Débense revisar certas situacións persoais que poden provocar que xurdan resonancias que dificulten a intervención que se vai a levar a cabo. Dous participantes argumentan:

P.3 Yo creo que trabajar con la comunidad es super importante. Pero yo parto de que para trabajar con la comunidad yo tengo que ir trabajada.

P.2 Claro.

P.3 Considero que es un tema que tiene que ser en todas las áreas, en todos los sentidos, a nivel micro/macro. Y con un trabajo que hay por el medio (72).

Imponse un sentido da responsabilidade profesional que reclama un traballo previo sobre as propias ideas, concepcións, percepcións, habilidades, capacidades e nivel de formación. O feito de revisar as percepcións que se poden esconder tralas nosas comunicacións e relacións sociais, permite acceder a un maior nivel de complexidade, o que, á súa vez, facilitará unha intervención menos sesgada.

Non se debe subestimar a influencia da falta de complexidade na intervención, xa que como escriben Calado e Lameiras:

Parece que a necesidade de clasificar e poñer nome a todo pode acabar por facer que se fomente un pensamento dicotómico, no que se ten un trastorno da conduta alimentaria cando se ten Anorexia nerviosa ou Bulimia nerviosa. Este afán de simplificar pode xenerar maior desconcerto ás persoas que padecen un Trastorno da conduta alimentaria e que non se axustan a estes diagnósticos menos frecuentes, pero socialmente son máis difundidos. E é que entre os propios profesionais os esforzos comprensivos poden propiciar un pensamento dicotómico e reduccionista que as/os propias/os pacientes aplican a sí mesmas/os con respecto á súa imaxe corporal, a comida ou á súa vida en xeneral. Unha visión tremendamente simplista e reduccionista da que realidade que tanto dano lles fai

(2014, p. 63).

No grupo de terceiro aparece a noción de control, sendo utilizada en dous sentidos. Os participantes falan do control que os familiares soen intentar exercer sobre as persoas con este tipo de enfermidades. E, por outro lado, a necesidade de que os profesionais exerzan labores de control, sobre todo na primeira fase da intervención debido a que as persoas que teñen estas enfermidades son moi mentireiras e habería que vixialas. Considérase

que é evidente que si un profesional se enfrenta á intervención con estes parámetros na súa mente, isto vai a influenciar a súa práctica profesional de maneira negativa. O concepto do control xa foi introducido e tematizado por Foucault (1988; 2007b). Frente a estas prácticas implementadas dende o poder, dende o propio traballo social elaboráronse modelos de intervención que promoven o protagonismo da persoa usuaria, nos que se asume a idea da persoa usuaria como experta na súa propia vida (Healy, 2001). De ahí a necesidade de non inhibir as iniciativas do usuario/a, senón respectar os seus obxectivos de traballo, a risco de que si non se fai así xeneraremos máis dependencia no mesmo (Richmond, 1996). Ao que se une a consideración do usuario/a como un axente activo no seu propio proceso de cambio (Richmond, 1996). De ahí que,

En algunhas formas de traballo social, principalmente na reconstrucción familiar, as relacións sociais dun cliente poden chegar a ter un grao de importancia tal que os traballadores sociais congratúlanse de ver, desde un principio, a varios membros da familia reunidos no seu propio entorno familiar, interactuando entre eles, contribuíndo ao desenvolvemento do relato do cliente, revelando cada un, sen utilizar a palabra, feitos sociais con verdadeiro significado

(Richmond, 2005, p. 142).

A falta de determinado nivel de complexidade na percepción pode influír á súa vez sobre a intervención doutro modo. Nos grupos de discusión realizados non se mencionan aspectos como a comorbilidade que soen presentar os trastornos de alimentación e da imaxe (Sadock e Sadock, 2009). No caso dos trastornos da alimentación soen correlacionar coa depresión (65%), e co trastorno obsesivo-compulsivo (26%). Mentras que no caso dos trastornos da imaxe daríase a comorbilidade coa depresión (máis do 90% das persoas diagnosticadas terían, a lo menos ao longo da súa vida un episodio depresivo), ansiedade (ao redor do 70% pasaría a lo menos un episodio de ansiedade) e o trastorno psicótico (ao redor do 30% presentaría algún episodio psicótico). O non ter en conta estas posibles correlacións pode danar gravemente a intervención que se leve a cabo.

II.6. A influencia da práctica profesional sobre a percepción

Si partimos da aportación de P.2 sinalando a influencia do contacto e a cercanía sobre o estigma das persoas con enfermidade mental. Xa nese momento dicíase que o contacto coas persoas dun sector poboacional concreto (persoas con trastornos de alimentación, persoas con diversidade funcional, persoas con adiccións, transeúntes, etc.), pode provocar que vaian desaparecendo determinados prexuízos, e que se vaian perfilando as percepcións que temos de determinados asuntos.

Así, a influencia sería non tanto da intervención profesional —que tamén—, senón do contacto tú a tú con persoas con unha determinada característica. O feito de que é o contacto directo coas persoas o que perfila

a percepción, pode explicarse xa que nos grupos de alumnos e alumnas (ningún con experiencia profesional en intervención social), as persoas que se seleccionaron polo feito de ter familiares ou persoas moi cercanas con trastornos de alimentación, obsérvanse que mostran unhas características no discurso que non mostran o resto dos participantes. En concreto, mostran unha maior sensibilidade, e un interese, mesmo explícito nalgún caso, en que non se xulgue ás persoas con un diagnóstico como dos que nos vimos ocupando. Ademais, explican e argumentan desde un maior nivel de complexidade, o que se considera que facilita a empatía e a identificación co outro (neste caso outro significativo, por cercano).

Agora ben, a propia intervención profesional modela a percepción dos trastornos a través dunha serie de impactos que exercen a súa influencia sobre as emocións e as vivencias do profesional (Guy, 1995).

Percíbese no caso dos profesionais unha corrección da percepción no sentido de incluír elementos positivos das persoas, ao considerar a enfermidade ou o trastorno como una característica máis da persoa. O que pode evitar, como se dixo, sobredimensionar os aspectos negativos ou deficitarios das persoas. Corrixindo, ao mesmo tempo, plantexamentos que fomentan a percepción do outro como totalmente alonxado e recluso nun universo de sentido diferente ao que ocupa un. Establecéndose unha ruptura entre eu e o outro o que facilita a falta de comprensión cara o outro, que se convirte nun caso para medir, pesar ou diseccionar, aplicándose o que pode considerarse un proceso de deshumanización que facilita o manexo do caso, pero dificulta a comprensión da persoa. Xa que, a partir de ahí, a persoa convírtese en alguén a «encauzar o corregir, a quien hay que clasificar, normalizar, excluir, etcétera» (Foucault, 1988, p. 196).

II.7. Percibir e xulgar

No grupo de estudantes de primeiro, ao fío da conversa unha persoa define a percepción como «una impresión que te llevas de una persona» (P.6, 43), mentras que define o xuízo como «cuando empiezas a decir o pensar algo que no ves» (P.6, 43). Ponse de manifesto a falta de complexidade destas definicións. A definición da percepción viría a responder á teoría do coñecemento do realismo máis inxenuo no que o ser humano percibe sen ningún tipo de interferencia nin elaboración unha realidade que está máis alá do suxeito. Hoxe en día, tanto a psicoloxía como a socioloxía puxeron de manifesto a concepción da percepción como un proceso no que se constrúe a realidade mediante a aportación dun mesmo e intermediación dos outros. A socioloxía do coñecemento destacou os procesos de construción social da realidade na que nos movemos (Berger e Luckmann, 1984). Proceso no cal os imaxinarios, e as percepcións que xeneran, se constitúen como ferramentas fundamentais para a construción e xustificación da complexidade social na cal nos movemos na actualidade, e da que non está de máis que sexamos conscientes.

CONCLUSIÓNS

En relación ao nivel de complexidade da percepción dos trastornos da conduta alimentaria, e da imaxe, por parte do estudiantado obxecto de estudo, pódese chegar á conclusión de que a percepción destes trastornos mostra un gran nivel de simplificación. Destaca a asignación da causa da existencia deste tipo de trastornos á presión social, pero sen incidir nun modelo explicativo multifactorial artellado a partir de indicadores de risco, de carácter xenético, social e ligados ao entorno (Calado e Lameiras, 2014; Sadock e Sadock, 2009). Así como percepcións como a de que estas persoas teñen unha personalidade que non é forte ou moi forte (P.3, 61).

Asimismo, destaca a crenza de que existe suficiente información sobre estes trastornos cando os propios alumnos/as nos grupos mostran unha certa falta de información axeitada e suficiente. Algo que, por outro lado, ven sendo negado por parte dalgunhas investigacións que se citaron neste traballo.

Sorprende, neste sentido, a falta de aparición dunha noción de estigma, realmente elaborada nos grupos de estudantes (esta só aparece no grupo de discusión dos profesionais). Considérase que esta noción é de suma importancia para a comprensión do significado dos trastornos de alimentación, e da imaxe (ou calquera outra enfermidade mental). Ademais, de introducir importantes precisións á hora de iniciar a práctica profesional nos Servizos Sociais con estas persoas, permitindo un maior nivel de empatía e comprensión das mesmas. Permitindo a corrección de determinados sesgos.

Por outra parte, os significados asignados a este tipo de trastornos inclúen categorías como o illamento, a exclusión, o sufrimento, ter sentimentos de incompreensión, o non sentirse integrados, o crer que fan algo malo, a enfermidade como adicción e obsesión⁹. Todo elo enmarcado nun imaxinario da doenza mental de carácter médico, que pode amputar gravemente o tipo de intervención a realizar dada a falta de conciencia dalgún problema ou situación susceptible de intervención por parte dos Servizos Sociais. Ademais de ser de signo negativo e que deberían ser complementados coa parte positiva (capacidades, habilidades, e demais aspectos non afectados ou non totalmente ausentes).

Destacar o manexo da noción de culpa na atribución de significados a este tipo de enfermidades, algo que abunda na idea da falta de complexidade na percepción deste tipo de trastornos. Á noción de culpa (de raigame

⁹ No grupo de profesionais súmase a istos o medo, o estigma, “la carga” que supón a enfermidade... así como a conciencia do propio profesional de formar parte do proceso de estigmatización da persoa con este tipo de enfermidades. Xurde, pois, a existencia dun problema que traballar, previr, e, a ser posible, eliminar.

relixiosa), uniríanse categorías como as de «culto» ao corpo. Podería ser interesante mergullarse na comprensión deste tipo de nocións e investigar se segue existindo algún compoñente relixioso que poda servir de substrato á percepción da enfermidade mental (como ocorreu xa no pasado).

A partir do dito, móstrase claro que a percepción dos trastornos examinados nesta investigación terá unha influencia directa sobre a práctica profesional. Xa que a propia práctica variaría en función do concepto e significado de enfermidade que se manexe por parte do profesional de referencia. É máis, no caso do grupos de discusión dos alumnos e alumnas de primeiro, dada a percepción do trastorno manexada, e que subxace ao discurso, pode acabar provocando que se entenda como única función do profesional a derivación aos servizos de saúde de referencia, ou no mellor dos casos, a atención psicolóxica. Así pois, as consecuencias da influencia da percepción poden ser realmente importantes e graves.

En canto á influencia da práctica profesional na percepción da enfermidade pódese dicir que se basa no contacto persoal coas propias persoas diagnosticadas que provoca unha ampliación do nivel de comprensión e un aumento respetable do nivel de complexidade das percepcións destes trastornos. Todo elo acaba por producir a conciencia da necesidade de coidar elementos como a linguaxe, os termos, e os instrumentos profesionais utilizados, xa que son ferramentas que conforman e crean a realidade. Situando como fin último o intento de saír do proceso de estigmatización no que nos vemos incluídos como membros da sociedade, e, neste caso concreto, como profesionais que, de non ter coidado, podemos convertirmos en membros do engranaxe que produce e reproduce a estigmatización das persoas con enfermidades mentais.

En canto á percepción do profesional do traballo social pódese destacar un proceso evolutivo no que se van ampliando e perfilando as funcións destes profesionais. Á súa vez, á par que van aparecendo algúns requisitos a cumprir por parte do profesional como a necesidade de formación e de adquisición de información constante.

No grupo de profesionais faise explícita a necesidade de sumar a estes elementos determinadas capacidades e habilidades que debe de poseer o traballador/a social. En relación a isto cítase a necesidade de facer un traballo persoal por parte destes profesionais para facilitar as intervencións e evitar as resonancias de experiencias persoais que poden «molestar» á hora de levar a cabo as intervencións.

Destacar o feito de que se puido detectar nos estudantes con familiares ou persoas moi cercanas con trastornos de alimentación, unha diferenza na percepción deste tipo de enfermidades mostrando unha maior capacidade de empatía cara estas persoas e unha maior comprensión da situación das mesmas. Fuxindo do xuízo fácil, e mostrando un maior nivel de complexidade na percepción destes trastornos.

Si en algo coinciden todos los grupos é na influencia dos medios de comunicación sobre a percepción dos trastornos de alimentación e da imaxe. Destácase neste caso, os intereses económicos que marcan e dirixen as informacións e os plantexamentos presentados polos medios. Fálase, en varios lugares e por parte de varios participantes, de «presión», de «machaque», medo ao rexeitamento, necesidade de encaixar, de «influencia». Pero vótase en falta unha argumentación e explicación científica de cómo se leva a cabo este tipo de procesos por parte dos medios. O coñecer este tipo de teorías proporcionan un marco explicativo que pode axudar a deseñar campañas, e a entender os procesos psicosociais que se desatan nas persoas e que poden acabar -coadyuvados por outros factores-, por precipitar a aparición dun destes trastornos.

Pódese sinalar que pasamos desde a explicación dos alumnos de primeiro que din que «Para mí una persona que tiene un trastorno alimentario no tiene una enfermedad. Una persona que tiene una enfermedad necesita un tratamiento médico» (P.3, 27). Ás posturas definidas no grupo de alumnos de terceiro que evoluciona desde o corpo como signo de aceptación, á comprensión das diferentes presentacións das enfermidades en función das diferenzas individuais de cada persoa. E, por fin, chégase ao grupo de profesionais que xira en torno á clave de bóveda do estigma, a partir dunha postura constructivista resumida por unha das participantes na frase

al final el discurso crea realidades [polo 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? (P.3, 71).

Por último, deixar constancia dalgunhas vías de investigación que poden haber xurdido ao fío da desenvolvida para a redacción deste traballo, pero que quedaron abertas debido á limitación temporal para desenvolver o mesmo e a necesidade de ceñirse aos obxectivos fixados ao inicio.

Neste sentido, podería ser interesante investigar as diferenzas que introduce a perspectiva de xénero en asuntos como o que se tratou nesta investigación.

Poderíase, asimismo, afondar na definición dese imaxinario que define á persoas con este tipo de trastornos como «persoas con problemas de nervios».

Por outra parte, sería interesante poder estudar qué tipo de relación existe entre determinadas nocións de carácter moral (vontade, culpa...), e a percepción dos trastornos de alimentación, a imaxe, e a doenza mental en xeneral. E, entre estas nocións, e o estigma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, S. E LLEWELYN-JONES, D. (2005). *Anorexia y bulimia*. Madrid. Alianza Editorial.
- ALONSO VALDIVIESO, A. E PERTIÑEZ LÓPEZ, J. (2014). *Las mujeres que aparecen en los dibujos animados son consumistas, celosas y están obsesionadas por su aspecto físico*. Recuperado el 27 de junio de 2014 de: secretaria general.ugr.es.
- ANDER-EGG, E. (1995). *Diccionario del trabajo social* (8ª reimpresión). Buenos Aires. Lumen.
- ANDOLFI, M. E MASCELLANI, A. (2012). *Historias de la adolescencia*. Buenos Aires. Gedisa.
- BANDLER, R. E GRINDER, J, (2007). *La estructura de la magia* (12ª edición). Buenos Aires. Cuatro Vientos.
- BARBOUR, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid. Morata.
- BERGER, P. E LUCKMANN T. (1984). *La construcción social de la realidad*. Madrid. Amorrortu.
- BERMÚDEZ, C. E BRIK, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid. Síntesis.
- BERTRANDO, P. E TOFFANETTI, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*, Barcelona. Paidós.
- BERRIOS, G.E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX* (1ª reimpresión). México. Fondo de cultura económica (FCE).
- BRUCH, H. (2013). *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa* (3ª edición). Barcelona. Paidós.
- CALADO OTERO, M. E LAMEIRAS FERNÁNDEZ, M. (2014). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso ¿son los medios de comunicación tan influyentes?*. Valencia. Tirant Humanidades.
- CANEVARO, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid. Morata.
- COCKERHAM, W.C. (1996). *Sociology of mental disorder* (4ª edición). New Jersey. Prentice Hall.
- CONSELLERÍA DE FAMILIA, XUVENTUDE, DEPORTE E VOLUNTARIADO (2005). *Estudo de necesidades de información en materia de saúde da poboación xuvenil galega*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.

- CHAMBON, A. S., EPSTEIN, L. E IRVING, A. (Eds.)(2001). *Foucault y el trabajo social*. Granada. Maristán.
- El Mundo.es (10/04/2007). *Un virtuoso del violín ignorado al tocar en el metro de Washington Post*. Recuperado el 27 de junio de 2014 de www.elmundo.es.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. (Coord.) (2010). *Fundamentos del trabajo social*. Madrid. Alianza Editorial.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. Y ALEMÁN BRACHO (Coords.) (2011). *Introducción al trabajo social* (6ª reimpresión). Madrid. Alianza Editorial.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T., DE LORENZO, R. E VÁZQUEZ, O. (eds.) (2012). *Diccionario de trabajo social*. Madrid. Alianza Editorial.
- FOUCAULT, M. (1988). *Vigilar y castigar* (15ª edición). Madrid. Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (1989). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber* (17ª edición). Madrid. Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid. Akal.
- FOUCAULT, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica (Vol. I)*. (2ª edición, e.o. 1964). México. Fondo de Cultura Económica (FCE).
- FOUCAULT, M. (2007a). *Historia de la locura en la época clásica (Vol. II)*. (2ª edición, e.o. 1964). México. Fondo de Cultura Económica (FCE).
- FOUCAULT, M. (2007b). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (2ª edición, e.o. 1963). 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.
- GERGEN, K. J. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- GERGEN, K. J. E GERGEN, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid. Paidós
- GIBBS, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid. Morata..
- GOFFMAN, E. (2012). *Estigma. La identidad deteriorada* (2ª edición, e.o. 1963). Buenos Aires. Amorrortu.
- GONDAR PORTASANY, M. (1999). *Crítica da razón galega: Entre o nós-mesmos e o nós-outros* (3ª edición). Vigo. A Nosa Terra.

- GONZÁLEZ PARDO, H. E PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2014). *La invención de los trastornos mentales* (3ª reimpresión). 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
- HALEY, J. (2003). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar* (3ª reimpresión). Buenos Aires. Amorrortu.
- HARRIS, M. (2006a). *Antropología cultural* (8ª reimpresión). Madrid. Alianza Editorial.
- HEALY, K. (2001). *Trabajo social. Perspectivas contemporáneas*. Madrid. Fundación Paideia/Morata.
- HERRERA RACIONERO, P. (2010). *Del comer al nutrir*. Madrid. Plaza y Valdés.
- HINOJOSA, S. (2009). *Santa anorexia. La noche oscura del cuerpo*. Madrid. Maia Ediciones
- JÁUREGUI LOBERA, I. (2006). *La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, bulimia, atracones y obesidad*. S.l. Grafema.
- LISÓN TOLOSANA, C. (1981). *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega* (2ª edición). Madrid. Ed. Akal.
- LÓPEZ IBOR, J.J. (1988). *La agonía del psicoanálisis*. Barcelona. Círculo de lectores
- LUHMANN, N. (1997). *Observaciones de la modernidad. Racionalidad y contingencia en la sociedad moderna*. Barcelona. Paidós.
- LUHMANN, N. (1998). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. Barcelona. Ed. Anthropos/Universidad Iberoamericana de México.
- LUHMANN, N. (2000). *La realidad de los medios de masas*. Barcelona: Ed. Anthropos/Universidad Iberoamericana de México..
- LUHMANN, N. (2007). *El concepto de riesgo*. En J. Beriain (Comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad* (pp. 123-153). Barcelona. Anthropos.
- MICUCCI, J.A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar*. Buenos Aires. Amorrortu.
- MIRANDA, M. E GARCÉS, E.M. (1998). *Trabajo social en salud mental*. En COLOM, D. Y MIRANDA, M (dirs.). *Organizaciones del bienestar* (pp. 67-88). Zaragoza. Mira Editores
- MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C. E VÁZQUEZ, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión*. Madrid. Caja Madrid/Edicións Témpora.

- NARDONE, G. (2009). *La dieta de la paradoja*. Barcelona. Paidós.
- NARDONE, G., VERBITZ, T. E MILANESE, R. (2011). *Las prisiones de la comida* (2ª edición). Barcelona. Herder.
- NARDONE, G. E SELEKMAN, M. D. (2013). *Hartarse, vomitar, torturarse*. Barcelona. Herder.
- NAVARRO GÓNGORA, J. E BEYEBACH, M. (Comps.) (2002). *Avances en Terapia familiar sistémica*. Barcelona.: Paidós.
- NAVARRO GÓNGORA, J. (2004). *Enfermedad y familia*. Barcelona. Paidós.
- O´HANLON, W.H. (1993). *Raíces profundas*. Barcelona. Paidós.
- ONFRAY, M, (2011). *Freud: el crepúsculo de un ídolo*. Madrid. Taurus.
- PAYNE, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona. Paidós.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid. Sínteis.
- PÉREZ DE AYALA, E. (2004). *Trabajando con familias. Teoría y práctica*. Zaragoza. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social/Certeza.
- PINTOS DE CEA-NAHARRO, J.P. (1995). *Los Imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Madrid. Sal Terrae.
- RAICH, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide.
- RICHMOND, M. E. (1996). *El caso social individual* (e.o. 1922). Madrid. Talasa.
- RICHMOND, M. E. (2005). *Diagnóstico social* (e.o. 1917). Madrid. Siglo XXI/Consejo General de Diplomados en Trabajo social y Asistentes sociales.
- RODRÍGUEZ CARMONA, L. (2008). *Asistencia social y locura. Documentos de Trabajo Social*, 51, pp. 204-218.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J.I. (2012). *Teoría y práctica de la investigación cualitativa*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- SADOCK, B.J. Y SADOCK, V. (2009). *Sinopsis de psiquiatría* (10ª edición). Barcelona. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- NAVARRO GÓNGORA, J. (2004). *Enfermedad y familia*. Barcelona. Paidós.
- SELEKMAN, M. (2005). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona. Gedisa.

- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S, SELVINI, M. Y SORRENTINO, A. M. (2002). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona. Paidós.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L, CECCHIN, G. Y PRATA, G. (2013). *Paradoja y Contraparadoja* (1ª edición. 7ª impresión. e.o. 1986). Barcelona. Paidós.
- SIRIGATTI, S., STEFANILE, C. Y NARDONE, G. (2011). *El descubrimiento y los hallazgos de la psicología*. Barcelona. Paidós.
- SLUZKI, C.E. (1998). *La red social. Frontera de la práctica sistémica* (1ª reimpresión). Barcelona. Gedisa.
- TORRES CUBEIRO, M. (2008). *Niklas Luhmann*. A Coruña. Bahía Edicións.
- TORRES CUBEIRO, M. (2012). *Los imaginarios sociales de la enfermedad mental*. RIPS, 12 (2), pp. 101-113.
- VALLÉS MARTÍNEZ, M.S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica* (4ª reimpresión). Madrid. Síntesis.
- VEBLEN, T. (2002). *Teoría de la clase ociosa* (2ª ed., 1ª reimpresión). Madrid. Fondo de Cultura Económica (FCE).
- WATZLAWICK, P. Y CEBERIO, M. R. (2006). *La construcción del universo*. Barcelona. Herder.
- WHITE, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona. Gedisa.
- WHITE, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona. Gedisa.
- WHITE, M. Y EPSTON, D. (2008). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona. Paidós.
- WITTEZAELE, J. J. Y GARCÍA, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona. Herder.