

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA DISCAPACIDAD DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE CARTAGENA

Disability Social Representations of Cartagena Health Professionals

José Armando Vidarte Claros

Universidad Autónoma de Manizales

jovida@autonoma.edu.co

Bertilda Kelly Avendaño

Universidad de San Buenaventura

bkelly@usbctg.edu.co

Resumen:

Objetivo: comprender las representaciones sociales que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena Colombia respecto a la discapacidad, Materiales y métodos: Mediante la perspectiva cualitativa aplicando un estudio hermenéutico comprensivo, participaron 22 profesionales del área de la salud. Resultados: Las representaciones sociales se constituyeron alrededor de tres categorías esenciales: La actitud hacia la discapacidad, la Información sobre la discapacidad y el campo representacional de la discapacidad. Conclusiones: se visualiza una marcada perspectiva orientada a ver a la persona desde la funcionamiento – discapacidad; y en la proporción de cuanto se acerca o se aleja de lo que se considera un desempeño eficiente y eficaz, en este sentido aún se mantiene una concepción instrumentalista y médico asistencial.

Palabras clave: Discapacidad, Representaciones Sociales, Profesionales de la Salud, Percepciones sociales, Comunidad, Cartagena.

Abstract:

Objective: To understand the social representations that doctors, nurses, physiotherapists and speech therapists Cartagena Colombia regarding disability, Materials and methods: qualitative perspective By applying a comprehensive hermeneutical study, involving 22 professionals in the area of health. Results: The attitude towards disability, information on disability and the representational field of disability: Social representations about three essential categories were established. Conclusions: a marked-oriented perspective to see the person from the operation appears - disability; and the

proportion of how it approaches or moves away from what is considered an efficient and effective performance in this regard even a care and medical instrumentalist conception is maintained.

Keywords: Disability, Social representations, Health Professionals, social perceptions, Community, Cartagena

Introducción

Las Representaciones Sociales (RS) son un sistema de valores, ideas, y prácticas que posee dos funciones, la primera función es la de capacitar a los individuos para orientarse en su mundo material y social para su dominio, y la segunda es posibilitar la comunicación para hacer parte de los miembros de una comunidad¹. La comunidad le provee códigos para el intercambio social y para nombrar y clasificar los diversos aspectos del mundo, denominándolo construcción social del conocimiento. En este sentido se entienden las representaciones sociales, como los conocimientos generados y adquiridos, que implica una particularidad preestablecida y fija².

Estas representaciones sociales cumplen funciones de orden y comunicacional; plantean cuatro elementos constitutivos: la información, que se relaciona con lo que "yo sé"; la imagen que se relaciona con lo que "veo"; las opiniones, con lo que "creo"; las actitudes, con lo que "siento"; todos estos elementos se toman como guía para el análisis de la información³. En consecuencia, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree (opiniones/creencias), cómo se interpreta (campo de la representación/imagen) y qué se hace o cómo se actúa (actitud y prácticas)².

Es a través de los imaginarios y de las RS que se hace posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que se tienen en referencia a discapacidad, dando como resultado una actitud valorada por el entorno como y si la actitudes positiva o negativa. A su vez, se crean sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

Hasta hace poco tiempo, la discapacidad era considerada como un problema, de nacimiento o adquirida, que presentaban ciertos sujetos, cuyo estudio y tratamiento correspondía a especialistas del área médica o psicológica². Pero incluso en esta aseveración hay ideas colectivas, el mismo uso del término discapacidad implica un reflejo gramatical que responde a un determinado posicionamiento conceptual.

Al realizar un acercamiento a la teoría de la discapacidad, es preciso tener en cuenta varios factores de análisis, por una parte, considerar su procedencia: si surgen de la experiencia personal de la discapacidad, si derivan de los profesionales que trabajan directa o indirectamente con estas personas, o si se tratan de integrar ambas perspectivas. Otro elemento a considerar sería la relación entre pensamiento y acción: lo que la gente cree y entiende sobre una realidad, si está en relación con lo que hace².

¹ Moscovici. (1993:123).

² Moñivas Lázaro (1994).

³ Castorina, J. (2003:126).

La definición de discapacidad plantea ser muy compleja, ya que esta dependerá del grupo social en el cual se encuentren inmersos los protagonistas; esta significación va desde enfermedad, inutilidad, tragedia, maleficios, cojo, renco, hasta los modelos conceptuales propuestos por la academia, logrando marcar posiciones con respecto a esta, y producir cambios en la estructura de los paradigmas y en la forma como la sociedad responde⁴. Actualmente, la definición que ha marcado la pauta para la comprensión y el abordaje de la discapacidad, la brinda la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF) que ha sido proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(2001), y en la que se la identifica como la relación entre la persona y su medio ambiente.

Ahora bien, aunque hace apenas 15 años, en Cartagena, se inició la inquietud de algunas instituciones para trabajar con y para las personas con discapacidad con el fin de orientarlas y capacitarlas al igual que a su familia, facilitando su participación en muchos ámbitos, este ha sido un trabajo arduo, donde apenas comienza a visibilizarse esta población lo cual no ha sido suficiente; pues, no se evidencian la presencia y acciones de los profesionales involucrados en el proceso de rehabilitación integral.

Las Representaciones Sociales, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo⁵.

Por tanto, el entorno socio cultural en el que nos movemos diariamente nos provee de las herramientas representacionales que nos orientan y guían en nuestro quehacer cotidiano; pero, simultáneamente, el efecto práctico de nuestros actos, así orientados, modifica ese entorno, cambiando con ellos los referentes en virtud de los cuales elaboramos nuestras representaciones. Actuamos guiados por el modo de ver las cosas que hemos heredado y adquirido como miembro de lo colectivo, a lo que pertenecemos, pero nuestra acción lejos de ser un efecto meramente mecánico de la herencia, transforma dichos condicionantes⁶.

Con todo lo anterior es posible conocer el carácter útil que cobra la Representación Social, en este sentido, Moscovici citado en Rodríguez⁷, reconoce los roles fundamentales que cumple la Representación Social: por un lado, hacer convencionales los objetos, personas y eventos que encontramos; les otorgan una forma definitiva, las localizan en una categoría y gradualmente las establecen como modelo de cierto tipo, distinto y compartido por un grupo de personas. Y por otro lado permiten prescribir en el sentido de que “se nos imponen con una fuerza irresistible, esta fuerza es una combinación de una estructura que se nos presenta antes de que empecemos a pensar y sobre una tradición que nos marca qué debemos pensar”⁸.

De otra parte el campo de representación incluye elementos como la percepción, imágenes y experiencias que se construyen en relación a determinado fenómeno, las cuales pose en una jerarquía determinada dentro de la concepción social e incluso individual⁸, y estas representaciones se dan en dos procesos: La Objetivación y el Anclaje¹. La objetivación, es considerada como la intervención de lo social en la representación, hace que un conocimiento abstracto se torne concreto y permite el paso de la teoría a la imagen, por ejemplo

⁴ López (2006:36).

⁵ Araya (2002).

⁶ Ferreira (2008).

⁷ Rodríguez (2007:134).

⁸ Sánchez; Parra; Camacho; Polo; Vela; Quiroga (2008).

“la política se concretiza en el parlamento, la justicia en el Tribunal Internacional de la Haya, la religión o Dios en el Papa [...]”⁹.

Es así como, el indagar sobre las representaciones sociales acerca de la discapacidad que muestran los grupos de médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos que hicieron parte de esta investigación en Cartagena de Indias; surge, como una alternativa de respuesta a la deserción o la inasistencia de las personas con Discapacidad, a los programas de rehabilitación integral que se encuentra en la Ciudad, y/o la no adscripción de estas personas a algunas de las instituciones o programas existentes en ella. Hasta el momento, y según fuentes de la Secretaría de Salud del municipio, la ciudad carece de cifras que permitan saber con más claridad el grado de incidencia y prevalencia de las personas con discapacidad en la ciudad de Cartagena. Este estudio pretendió además, entender la discapacidad desde una realidad simbólica – social, teniendo en cuenta las representaciones individuales y colectivas que se construyen en las interacciones cotidianas de los sujetos con su entorno.

Materiales y métodos

Este proceso investigativo se suscribió desde una perspectiva cualitativa¹⁰, mediante el método hermenéutico comprensivo¹¹. Para el análisis de la representación social que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de la ciudad de Cartagena, fue necesario que en la Representación se establecieran el contenido y la estructura central (centrales y periféricos). Como este fue un estudio que partió de una exploración y tuvo la participación de 22 profesionales del área de la salud. Para el proceso de recolección de información se utilizó el formato autodilucidado, el cual fue aplicado a los participantes, seguido de una entrevista a profundidad. Así mismo, se aplicó un cuestionario a los grupos focales armados a fin de obtener información y actitudes de los profesionales de la salud respecto a las representaciones sociales que tienen de la discapacidad.

Discusión

Descripción de los participantes

El grupo de fonoaudiología y enfermería estuvo conformado por mujeres, las enfermeras laboran en una IPS, una de ellas con experiencia en la atención de niños con discapacidad, las fonoaudiólogas en una universidad privada, una con experiencia en problemas de habla y discapacidad, otra con experiencia en limitaciones auditivas y dos con experiencia en cognición y aprendizajes. Los fisioterapeutas trabajan en EPS y universidades de la ciudad, con experiencias en salud ocupacional, rehabilitación cardiaca, y rehabilitación de personas amputadas y con secuelas de quemaduras. Los médicos trabajan en EPS, en atención a pacientes con riesgos coronarios.

Los profesionales entrevistados se encuentran en edades promedio de 33 años y con más de 5 años de experiencia laboral.

⁹ Ruiz (2012:38).

¹⁰ Hernández; Fernández.; Baptista (2006:112).

¹¹ Hoover Vanegas; Vélez.; Vidart (2010).

Información sobre la discapacidad

La manera en la que nos vinculamos con la experiencia de discapacidad de otra persona está mediada tanto por nuestras vivencias como por la forma en la que precisamos la discapacidad. Diferentes investigaciones afirman que, las explicaciones que le damos a los objetos sociales parten de supuestos y acciones discriminatorias que llegan a aceptarse. Y es que la discapacidad es una categoría social y política al involucrar el ejercicio y la acción de los derechos humanos¹².

Desde esta perspectiva, entonces la discapacidad se da fundamentalmente por los grados de discriminación y prejuicio a los que son sometidos las personas en esta condición, que los etiquetan, los aíslan y los marginan de la sociedad, ya que las formas de excluir/incluir los grupos o los individuos se basan en procesos de categorización en los que se fomenta y se justifica la discapacidad y todos los aspectos negativos que socialmente son aceptados.

Por tanto, la discapacidad, es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos¹³.

La discapacidad se ha tratado de explicar desde diferentes modelos conceptuales: el modelo social de la discapacidad considera el fenómeno principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad¹⁴. Y para ello se plantea que:

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político.

Reconociendo las carencias de la clasificación inicial, la OMS (2001), llevó a cabo una revisión que contó con la participación de una red de expertos a nivel mundial. El documento final la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF), presenta como ejes centrales: *el funcionamiento y la discapacidad y los factores contextuales*. El primer eje se refiere a *las funciones y estructuras corporales y a las actividades y la participación*. En el segundo eje se encuentran *los factores ambientales y los factores personales*.

La discapacidad es definida en esta clasificación como "el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona". Esto indica que es la sociedad la que favorece o no el desempeño y la realización de la persona. Es decir, el entorno donde se encuentra la persona tiene efectos de restricción o facilitación del desempeño. Por lo tanto, la CIF concibe una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores de influencia en el contexto en el que se desenvuelve una persona

¹² Jiménez (2001).

¹³ Cáceres Rodríguez (2004).

¹⁴ Soto; Vasco. (2008),

En este sentido el término discapacidad “engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación” y, así, deja de emplearse como una parte de las consecuencias de la enfermedad y se eleva a término genérico para todas las condiciones de salud negativas, la discapacidad, es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “Condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”.

La discapacidad, es un término que denota una condición de salud e involucra diferentes dimensiones del funcionamiento humano, la dimensión corporal, la individual y la social ocasionando deficiencia, limitación en la actividad y restricciones en la participación social. Se convierte en una categoría culturalmente construida, que presenta modelos fundamentales que dan cuenta de la naturaleza de la discapacidad, ellos son: El modelo individual, donde la discapacidad es vista como un problema personal, por lo tanto la solución al problema es una acción de tratamiento suministrada a cada individuo.

Por otro lado también se evidencia en el desarrollo de esta investigación que la información dada por los participantes en el estudio sobre la discapacidad es abordada desde el modelo social. El modelo social muestra a las estructuras sociales, políticas y económicas de producción como responsables de la discapacidad y no a la persona en sí; En este sentido, diferencian entre las deficiencias —condiciones del cuerpo y de la mente— de la discapacidad —restricciones sociales que se experimentan—. La relación entre la deficiencia y las barreras sociales se puede explicar usando las palabras del movimiento norteamericano Vida Independiente, cuando afirman que la discapacidad “es algo que se emplaza sobre las deficiencias, por el modo en que las personas con discapacidad son innecesariamente aisladas y excluidas de una participación plena en sociedad¹⁵. Es decir, una de las restricciones sociales que se presentan con las personas con discapacidad¹⁶.

Esta clasificación modificó la manera de abordar la discapacidad, abonando el camino para comenzar a analizar las consecuencias de la enfermedad más allá del nivel biológico y señalando responsables y responsabilidades de esta problemática en el ámbito social.

La Organización Mundial de la Salud en el 2001, presenta un modelo que permite categorizar la Discapacidad, (modelo biopsicosocial) y es a través de este, que se formula la Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, (CIF). Este modelo después de un exhaustivo análisis y su verificación transcultural, fue presentada en la Quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001 la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF), la cual fue aprobada en la resolución WHW54.21 del 22 de Mayo del 2001.

Para la CIF, una deficiencia es un problema en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida; una limitación en la actividad. Es una dificultad que un individuo puede tener en el desempeño/realización de una tarea o acción; y una restricción en la participación es un problema que el individuo puede experimentar al involucrarse en una situación vital¹⁷. Pero también puede ser vista según los mismos autores, como la utilización de las capacidades que tiene el individuo para lograr su funcionamiento, desde sus estructuras corporales, y sus expectativas sociales y personales.

¹⁵ Cortés; Moreno, Cárdenas; Mena; Giraldo (2014).

¹⁶ En palabras de Martha Nussbaun (2007), es lo referido a la Teoría de las capacidades humanas, basándose en los Derechos Humanos. En dicha teoría, las capacidades humanas son entendidas como “aquello que las personas están en capacidad de hacer y ser, según una idea intuitiva de lo que es una vida acorde con la dignidad del ser humano.

¹⁷ Botero (2013).

Todo ello, en función de factores ambientales, constituidos por el ambiente físico, social y actitudinal en el que la persona vive y conduce su vida, y los factores personales, antecedentes de la vida de un individuo, compuestos por los aspectos que no forman parte de una condición de salud o estado de salud¹⁸.

Esta definición ha permitido que se pase de un concepto clasificatorio basado en consecuencias de enfermedades a una clasificación de componentes de salud, por lo que el funcionamiento y la discapacidad se conciben como una interacción dinámica entre los estados de enfermedad, trastorno, lesión, trauma y los factores contextuales que pueden ser personales y ambientales¹⁹.

En las apreciaciones realizadas por los diferentes profesionales consultados, no se advierte importancia de la familia como eje fundamental en la aceptación de la discapacidad, y su papel en los procesos rehabilitatorios que propenden por la inclusión/exclusión a los que están expuestas las personas con discapacidad; acorde con estos elementos, diversos autores refieren que la situación de la persona con discapacidad se vuelve más complicada a partir de las creencias de la familia, que consideran en algunos casos, que las deficiencias y limitaciones no le permitirán alcanzar mejores niveles de vida, al no tener recursos económicos, ni conocimientos acerca de la discapacidad²⁰.

La OMS, en su Informe Mundial sobre la discapacidad (2011)²¹, concibe el Funcionamiento y la Discapacidad como interacción dinámica entre condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. Es decir, las dificultades que se presentan en cualquiera de las tres áreas del funcionamiento como son: funciones y estructuras corporales, actividades y participación.

Por tanto, las causas de la discapacidad se pueden ubicar en dos grandes bloques: “En el primero todas aquellas que son causadas por alteraciones congénitas, enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, carencias nutricionales y problemas de salud de origen prenatal o durante los primeros años de vida; y en el segundo aquellas discapacidades que han sido originadas por elementos dentro del ambiente como es el uso de pesticida en plantaciones, actos de violencia, accidentes laborales y los daños ocasionados como producto de conflictos armados que no solo provocan lesiones físicas sino que causan secuelas emocionales y psicológicas”²².

Finalmente, el modo de entender (conceptualizar o teorizar) e investigar una realidad no son procesos independientes. Y esto se presenta para el caso de la discapacidad, debido a las implicaciones prácticas que las distintas concepciones tienen en la vida cotidiana de las personas consideradas discapacitadas, y en las relaciones sociales en general⁴.

Partiendo de estas consideraciones, la discapacidad constituye una realidad compleja y multifacética, que se inscribe en unas coordenadas socioculturales amplias que enmarcan el pensamiento y el modo de acción en el campo en que estemos situados²³; donde se presentan las principales características de las personas con

¹⁸ Barrero; Ojeda; Osorio (2008).

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. OMS, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid, España. 2001.

²⁰ Mora; Córdoba; Bedoya; Verdugo (2007).

²¹ El Informe mundial sobre la discapacidad propone medidas para todas las partes interesadas – incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de personas con discapacidad– para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y legislaciones, nuevas o existentes, en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general. Las personas con discapacidad deberán ocupar un lugar central en esos esfuerzos

²² Collado (2007).

²³ Vélez.; Henao; García (2005:237).

discapacidad en el municipio de Manizales y para ello toman como referente la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud –CIF, 2001- abordando la discapacidad bajo un enfoque biopsicosocial, buscando que los resultados de esta investigación sirvieran como referencia para la formulación de políticas públicas, priorizar necesidades y diseñar e implementar planes, programas y proyectos hacia el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

Actitudes hacia la discapacidad

La Actitud, es concebida como la postura que toma la persona frente al objeto de representación que puede ser apropiada o no y es la que orienta la valoración de ese objeto. La actitud es el componente afectivo de la representación que direcciona las conductas de la persona, es decir, la dimensión actitud de las representaciones sociales regula las conductas de las personas. Para los profesionales de la salud que abordan la discapacidad, la categoría *actitud* está ubicada en el núcleo de las representaciones sociales, a partir de las percepciones de tratamiento e intervención mediados por los modelos en los cuales se inscriben los referentes teóricos propios de estos profesionales⁵.

Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la Representación Social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación. Se deduce que la actitudes la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, primera desde el punto de vista genético²⁴.

La relación entre cognición y afecto es evidente, si se acepta que aquello que se piensa acerca de un objeto influye decisivamente en los sentimientos que estos despiertan; a su vez, dichos sentimientos influyen tanto en el contenido de los pensamientos como en las relaciones que se establecen con dicho objeto.

La actitud es esencialmente afectiva, emocional y constituye el factor que orienta y gobierna conductas y comportamientos. Con las actitudes se destaca la dimensión afectiva que impregna y orienta la actuación, con lo que se advierte lo que gusta o disgusta al sujeto²⁵.

La experiencia personal y social está directamente relacionada con la formación de las actitudes de cada persona, esto debido a la interacción con el entorno, la cual está mediada por procesos de imitación o internalización de patrones sociales, prejuicios e influencia cultural²⁶.

Así mismo, se configuran como resultado del proceso de socialización, lo que deviene de la apropiación de patrones cognitivos y conativos del entorno y como producto de la maduración y desarrollo cognitivo del sujeto, en función del conocimiento y experiencia que tenga sobre ellos. Las funciones de las actitudes son la instrumental o utilitaria, (en función de sus consecuencias o de la conducta en cuestión); la expresiva (resalta la capacidad de realización, expresión y autodefinición); la egodefensiva (protege a la persona de verdades o situaciones desagradables de sí misma) y, la de conocimiento o economía (estructura y organiza el entorno, actuando como esquema o filtro cognitivo).

“Las actitudes hacia la discapacidad se encuentran mediadas tanto por concepciones rígidas y parciales, centradas excesivamente en las restricciones o ausencia de ciertas capacidades, o bien por concepciones

²⁴ Mora (2002).

²⁵ Asensio, (2002).

²⁶ García; Hernández (2011).

más integrales, centradas tanto en el ambiente como en la persona, lo que puede conducir a actitudes más flexibles y de aceptación”²⁷.

A partir de un alto grado de conciencia social por mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, el tema de las actitudes hacia las personas con discapacidad es un tema que ha cobrado vigencia. Las actitudes y expectativas negativas hacia las personas con discapacidad siguen siendo en la actualidad motivo de análisis, puesto que constituyen una de las principales barreras para su inclusión e integración²⁸.

Las actitudes hostiles que reciben las personas con discapacidad, se originan en los prejuicios. “El prejuicio interpersonal está implícito en las representaciones culturales, en el lenguaje y en la socialización”. Este a su vez estimula reacciones negativas en estas personas favoreciendo su segregación. En consecuencia, se aumentan las distancias sociales y se produce mayor discriminación, marginación o incluso abandono de las familias y de la sociedad en general. Asimismo, su autoconcepto se puede ver deteriorado. Lo anterior probablemente hace que las mismas personas con discapacidad se consideren menos capaces, lo cual produce sentimientos y manifestaciones que no les permiten conocer sus necesidades y capacidades, ni las opciones que tienen en la sociedad²⁹.

Es frecuente que por estas actitudes, las personas con discapacidad y sus familias experimenten diferentes obstáculos que terminan alejándolos de la integración social a su entorno. Agrega en este estudio que no es frecuentemente comentada la influencia directa de los profesionales en la misma población con discapacidad, sus familias y su medio inmediato. “Los diferentes profesionales que tienen que ver con la discapacidad como médicos, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales, han influido en la generación de definiciones hacia la discapacidad”³⁰.

De igual forma estos profesionales han contribuido de “manera reduccionista al enfrentar la discapacidad, debido a que los modelos teóricos aplicados en la formación han privilegiado la explicación de la discapacidad como déficit biológico, psicológico o social”. En muchas intervenciones se considera a la persona con discapacidad como un sujeto con manifestaciones que indican “alteración” y se sitúan las limitaciones en la persona y en su familia.³¹

En el ámbito contextual “la persona con discapacidad enfrenta diferentes formas de exclusión con restricciones económicas, sociales, culturales, entre otras en este sentido la categoría de discapacidad ha estado definida por la interacción permanente entre el poder, la marginación y la dependencia, estas condiciones de marginación y dependencia, sustentan que las personas con discapacidad necesitan ayudas especiales para poder integrarse de una forma normal en la sociedad, y al recibir estas ayudas se convierten a su vez en dependientes, ya que de otra forma quedarían siempre excluidas al no poder realizar determinadas funciones”³².

De igual forma las actitudes, son una construcción basada en creencias y conductas compartidas socialmente, estas se hacen visibles cuando no permiten descubrir las potencialidades de las personas con discapacidad, sino, que se convierten en impedimento para lograr la inclusión, generando abolición de oportunidades³³.

²⁷ García; Escalante; *et al* (2000).

²⁸ Polo; López-Justicia (2006).

²⁹ Shakespeare (2005).

³⁰ Nagler (1993).

³¹ Quintana; Otoy; Tenorio (1997).

³² Oliver (1990).

³³ Díaz; Franco (2010).

Por lo tanto, partiendo de esta visión y adoptando una posición ecléctica, estos autores llegan a la conclusión de que las personas con discapacidades siempre serán dependientes en sociedades occidentales, o de otra forma quedarán relegadas a posiciones marginales, con lo cual, nunca podrán superar los obstáculos arquitectónicos, sociales, económicos y culturales que existen en la sociedad.

Bajo ningún pretexto se puede relegar a las personas con discapacidades de la sociedad, ya que de esta forma correríamos el peligro de perder la memoria colectiva, por lo que las cuestiones como poder, justicia, igualdad, ciudadanía y democracia participativa quedarían en papel mojado para hacer frente a la discapacidad³⁴.

Se pudiera plantear que muchos de los testimonios y las actitudes de los participantes en el estudio frente a la discapacidad guardan relación con lo propuesto por Dorsc, cuando afirma que la actitud como una predisposición adquirida y estable para reaccionar ante una situación determinada y como se aprecia, la referencia a predisposiciones y afecto son elementos asociados al concepto; asimismo, los aspectos centrales que dan cuenta de dicho término, hacen alusión al hecho de que las actitudes son adquiridas, implican una alta carga afectiva y emocional que refleja deseos, voluntad y sentimientos, y las que representan respuestas de carácter electivo, son aprendidas y configuradas como experiencias subjetivas y poseen dimensiones múltiples de expresión en los planos individual y social.

Campo representacional de la discapacidad

El campo de representación: expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas en un campo que integre informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas.

Desde la teoría de la Representación Social estas constituye el elemento que integra los componentes anteriores (actitud e Información), que se tiene de un objeto específico de representación; adicional a ser el más estable de los tres.

“si miramos los logos representativos de la discapacidad, la imagen de la silla de ruedas, de las muletas, es decir, esos instrumentos que son de ayuda resulta que son imágenes de raíz, como para marcar ese logo del discapacitado” (Fisioterapeuta 3).

“Irrespeto a estas personas, tanto es el hecho de irrespeto a estas poblaciones que la rotulamos: el invalido, o sea , decimos ya hablamos de la persona, no de la limitación que tiene, por eso lo relaciono más con eso.., el tonto, el inútil, entonces empezamos a rotular a la persona y es lo que se ve en el diario vivir” (Fonoaudiólogo 1).

Los elementos antes mencionados dan cuenta de que la simbolización que adquiere la discapacidad para los Fisioterapeutas, son de personas que presentan restricción en el movimiento (Usan muletas, silla de ruedas), por lo que se vuelve inquietante esa figura de “lastima” que se da.

Las Representaciones Sociales que plantean los profesionales de la salud, según Moscovici citado por Araya⁵, se elaboran y son construidas por el contexto social a partir de sus transformaciones; planteó además, una proposición cuya tesis expone que el conocimiento se alimenta de dos caminos: desde su elaboración en el plano social e intelectual y desde su construcción social de la realidad.

³⁴ Apple (1993).

Las representaciones sociales son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos; elabora y muestra las representaciones sociales como una forma de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas “bombardeadas” constantemente por la información que los medios de comunicación divulgan, encontrando su expresión en un lenguaje común de cada grupo social³⁵.

Es así como las Representaciones Sociales, conceptualizadas por Araya (2002) se constituyen en sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

Llama la atención que el concepto de discapacidad para los profesionales, este asociado a la pobreza a la lástima, al aislamiento y a una débil política que cobije a esta población, además, de reafirmar que las representaciones se construyen a partir de las experiencias con los grupos sociales en los cuales se desenvuelve cada uno de los profesionales.

Acorde con los conceptos expresados por los profesionales consultados en la construcción social de la discapacidad, *Habitus*, estereotipos y exclusión social, se señala que la práctica cotidiana se convierte en malabarismo y el día a día en una continua evasión de lo evidente ejecutando un *habitus* cotidiano que modela nuestras percepciones acciones y representaciones de y en el mundo; un *habitus*, además inscrito en contextos institucionalizados que imponen una lógica, un sentido correcto de hacer y entender que viene determinado por la membrecía colectiva a tales contextos³⁶ (Ferreira, 2008).

Por otro lado, es reiterativo el discurso de los profesionales donde se expresa que las concepciones culturales y generacionales son determinantes en la creación del imaginario de discapacidad.

Además se han encontrado como la calificación de la discapacidad es asumida como enfermedad, maleficio, tragedia social, minusvalía y castigo. Se concluyó que a nivel institucional las discapacidades se entienden desde el discurso biomédico; contrariamente, en estudiantes y usuarios las discapacidades son representadas socialmente como categorías ético- morales, afectivas, naturalistas y de crítica social, este concepto enfatiza lo expuesto por los profesionales de la salud.

En concordancia con lo expuesto por los profesionales se puede deducir, que aunque la discapacidad ha tenido diferentes modelos para su comprensión y abordaje, aún, se mantiene vigente el modelo médico, donde se muestra a la discapacidad como una enfermedad, en la cual la persona que la padece es percibida como frágil y sin autonomía, para la toma de sus propias decisiones. Lo anterior encamina las estrategias de intervención de los centros de rehabilitación a “normalizar” la condición de la persona con discapacidad.

Este Campo Representacional, se crea como espacio para ordenar y darle distribución a los contenidos de objeto de estudio ³⁷.

Desde este último eje es que se logra el acercamiento a las razones por las que los profesionales en Cartagena asumen una postura de protección hacia las personas con discapacidad, en tanto que los medios y las

³⁵ Banchs (2004).

³⁶ Ferreira. (2008).

³⁷ Rodríguez Díaz; Ferreira (2009).

circunstancias externas fragilizan y vulneran las necesidades de estas personas, mostrándoles un ambiente excluyente.

Si bien para el caso de Colombia se han venido desarrollando diferentes propuestas teóricas en torno a la problemática de la discapacidad, aun no se conoce el impacto de estos referentes en la transformación socio cultural y en las políticas decisorias sobre la discapacidad, menos aún entre los profesionales que se relacionan con la discapacidad y en las personas con discapacidad. Por tanto lo que se espera es que los aspectos sociales que permitan unas nuevas orientaciones se integren a la comprensión del fenómeno de la discapacidad.

En cuanto a los modelos que se han privilegiado históricamente para abordar la discapacidad, estos han sido resultado de la teoría dominante para explicar y comprender la discapacidad en un momento histórico-cultural (funcionalista, estructuralista; interaccionista y socio- crítica) y las concepciones de hombre y salud que le subyacen, y lo que se considera necesario y pertinente es integrar la perspectiva sistémica enmarcando el modelo bio-psico-social en coherencia con la dinámica del cuerpo-sujeto.

El campo representacional de los profesionales de la salud en relación a la discapacidad esta mediada a partir de las creencias en las que se ubica cada uno de ellos, posiblemente esa forma de ver la discapacidad por parte del personal de salud, influye en las acciones e intervenciones que los mismos desarrollan con las personas que adquieren una discapacidad.

Así entonces, puede decirse que esa intervención por parte del personal de salud atravesada por el modelo médico de la discapacidad, sumada al sistema de representaciones sociales preexistentes de las personas con discapacidad antes de adquirir la misma, más la percepción de sus familiares o personas cercanas acerca de dicha situación (también permeada por el modelo médico); no permite una completa rehabilitación de la persona con discapacidad.

Para terminar se resalta la gran importancia que adquiere el conocer las representaciones sociales que tienen las personas con respecto a los diferentes fenómenos sociales, entre los cuales se encuentra la discapacidad, pues las representaciones sociales son constructoras del comportamiento y resuelven la compleja encrucijada que genera lo que resulta desconocido para el ser humano.

Conclusiones

Tomando como base los resultados que se presentaron discriminados en las tres categorías en las que se analizaron la discapacidad desde esta investigación, se expone aquellos que son comunes en todas las categorías y así se ubican aspectos centrales de la representación social.

Se visualiza una marcada perspectiva orientada a ver a la persona desde la funcionamiento – discapacidad; y en la proporción de cuanto se acerca o se aleja de lo que se considera un desempeño eficiente y eficaz, en este sentido aún se mantiene una concepción instrumentalista y médico asistencial; donde los referentes teóricos de actualidad parecieran no han impactado a los diferentes profesionales que abordan la discapacidad. La forma de ver la discapacidad por parte del personal de salud, influye en las acciones e intervenciones que los mismos desarrollan con las personas que adquieren una discapacidad.

Prevalece la representación negativa hacia esta población y esta se basa en la cultura. Adicionalmente, es pertinente tener en cuenta la influencia de las representaciones negativas en aspectos que hacen parte de la organización social como son el tipo de economía, la estructura social y política, la posición de un grupo

social con relación a otros, los cánones estéticos, la naturaleza de las organizaciones, entre otros factores, que contribuyen a la explicación y conocimiento planteados por los profesionales de la salud que intervienen.

La representación social de la discapacidad concebida por los participantes en el estudio, evidencia factores que no posibilitan unos adecuados procesos de intervención, sumado a ello el poco interés hacia el tema. Es importante resaltar la responsabilidad social para con la población es inminente y le exige orientar su acción desde una concepción positiva de la discapacidad compartida por todos los profesionales.

Bibliografía:

- Araya, S. (2002): "Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión". San José, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). *Cuaderno de ciencias sociales* 127. [Primera edición: octubre 2002. Schwartzman, H. B. 1993. *Ethnography in organizations*. Beverly Hills; California: sage].
- Apple, M. (1993): "What postmodernist forget: cultural capital and official Knowledge". En *Currículo Studies* V.1.
- Asensio, J. M. (2002): "Las actitudes en la reforma: un aspecto de la educación emocional". *Revista Española de Pedagogía*, 221, enero-abril, pp.51-64.
- Banchs, M. A. (2004): «Concepto de "representaciones sociales": análisis comparativo». Universidad Central de Venezuela, *Departamento de Psicología Social*, pp. 1-15.
- Barrero, C.; Ojeda, A.; Osorio, R. (2008): "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Revisión de sus aplicaciones en la Rehabilitación". *Rev. Plasticidad y Restauración Neurológica* 7(1-2): pp.25-31.
- Botero, P. (2013): "Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica". *Revista vanguardia psicológica*. Volumen 3, Número 2, octubre-marzo, pp. 196-214.
- Cáceres Rodríguez, C. (2004): "Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS", *Revista electrónica de audiología*, vol. 2, en: <http://www.auditio.com>.
- Castorina, J. A. (2003): *Representaciones sociales, problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.
- Collado, H. (2007): "Las Personas con Discapacidad en Centro América". *Seminario Iberoamericano Accesibilidad al Medio físico*. Guatemala: Real Patronato sobre Discapacidad, Agencia Española de Cooperación Internacional, Fundación ACS y CONADI.
- Cortés, E.; Moreno, M., Cárdenas, A.; Mena, L.; Giraldo, Z. (2014): *Estado del arte en certificación de discapacidad*; Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. D.C., pp.25-36.
- Díaz, O.; Franco, F. (2010): "Percepción y actitudes hacia la inclusión educativa de los docentes de Soledad Atlántico", *Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte*, N° 12, Enero-Junio.
- Ferreira, M. A. V. (2008): "Una aproximación a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos". *Revista española de investigaciones sociológicas* No, 124, pp.141-174.
- García, G.; Hernández, S. (2011). "Actitudes hacia la discapacidad de jóvenes y adultos de Chiapas". *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia*, V. 10 N° 3; pp. 817-827.
- García, I.; Escalante, I.; Escandón, M. C.; Fernández, L. G.; Mustri Dabbah, A.; Puga, I. (2000): *La integración educativa en el aula regular. Principios finalidades y estrategias*. México: SEP/Fondo Mixto México/España.

- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2006): *Metodología de la investigación*, MacGraw-Hill, Madrid España.
- Hoover Vanegas, J.; Vélez, C.; Vidarte, J. (2020): *Aproximación a los fundamentos y métodos de investigación*. Universidad Autónoma de Manizales – Manizales Colombia; pp-107-108.
- Jiménez, E. (2001): “El significado oculto del término necesidades educativas especiales”. *Revista interuniversitaria de formación de profesorado*, No 42 diciembre, pp.169-176.
- López, M. (2006a): “Vida independiente y mujeres con discapacidad: condicionantes y reflexiones sobre la representación de la realidad”. *Actas XXIII Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial*. Universidad de Murcia. Facultad de Educación.
- Moñivas Lázaro, A.(1994): “Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría”. *Revista de psicología, general y aplicada* 47(4), pp.409-419.
- Mora, M. (2002): “Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. Actualización”, *Athenea Digital* núm. 2002.
- Moscovici, S. (1993): *Psicología social. Tomo I*. México D.F.: Paidós.
- Nagler, M. (1993):. *Perspectives on disability*. California: Health Markets Research.
- Polo, M. T.; López-Justicia, M. D. (2006): “Actitudes hacia las personas con discapacidad de estudiantes de la Universidad de Granada”. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 17 (2), pp.195-21.
- Oliver, M. (1990): *The Politics of disablement*. Houndmills: Macmillan Press.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid, España.
- Quintana, P.; Otoy, M. C.; Tenorio, L. (1997): “Formación del recurso humano en rehabilitación; el caso de la Universidad del Valle; la discapacidad y la formación de profesional”. En: *II Congreso de rehabilitación de la persona con discapacidad Memorias*. Cali.
- Rodríguez, T. (2007): *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez Díaz, S.; Ferreira, M. A. V. (2009):. «Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional: un ejercicio de dis-normalización», *Revista Internacional de Sociología*, RIS, pp 289-309.
- Ruiz, J. I. (2012): “Democracia, Tejido Social y Seguridad Humana: Un estudio desde las Representaciones Sociales de jóvenes Colombianos”. *Departamento de Psicología Facultad de Ciencias Humanas*, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Sánchez, V.; Parra, F. E.; Camacho, M.; Polo, S.; Vela, Y.; Quiroga, A. (2008): “Representaciones Sociales de un grupo de estudiantes de la universidad católica de Colombia frente a las personas en situación de desplazamiento en Bogotá”. *Psychologia. avances de la disciplina*, vol. 2, núm. 1, pp.97-131.
- Shakespeare, T. (2005): “Disability studies today and tomorrow”. *Sociology of Health and Illness*, 27(1), pp.138–148.
- Soto, N Vasco. C. (2008): “Representaciones sociales y discapacidad”. *Hologramática – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año V, Número 8, V1*, pp. 3-22.
- Mora, A.; Córdoba, L.; Bedoya, A. M.; Verdugo, M. A. (2007): “Características de la calidad de vida de las familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI)/RM, en la ciudad de Cali, Colombia”. *Revista Diversitas* 3(1), pp.37-54.
- Vélez, C.; Henao, C. P.; García, D.; Arenas, B. (2005): *Situación de discapacidad en la población del municipio de Manizales, Colombia*. Alcaldía de Manizales, Universidad Autónoma de Manizales.