



CAPÍTULO 1

REPRESENTACIONES SOCIALES DE DISCAPACIDAD EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Social representations of disability in health professionals

Ada Patricia Quintana Núñez

Universidad Autónoma de Manizales- UAM

© <https://orcid.org/0000-0003-0584-5339>

✉ adap.quintanan@autonoma.edu.co / adapatyqnft@gmail.com

Bellazmín Arenas Quintana

Universidad Autónoma de Manizales- UAM

© <https://orcid.org/0000-0003-2337-6142>

✉ bellazmin.arenasq@autonoma.edu.co / bellazminarenas@gmail.com

Resumen

Objetivo general: Comprender las representaciones sociales (RS) sobre discapacidad que posee el personal de salud de una ESE del municipio de la Unión Nariño durante el año 2020. **Metodología:** Estudio cualitativo comprensivo. Identifica fuentes de información y devela el nodo central y el sistema periférico de la representación social sobre discapacidad. Se aplicaron 36 cuestionarios, 7 entrevistas semiestructuradas y se conformaron tres grupos focales con el personal de salud de la ESE para la respectiva triangulación de la información. Se empleó el enfoque estructural de las RS a través de redes semánticas y se complementó con el enfoque procesual mediante el análisis de contenido. **Resultados:** En cuanto a las características sociodemográficas de

Cita este capítulo / Cite this chapter

Quintana Núñez, A. P. y Arenas Quintana, B. (2022). Representaciones sociales de discapacidad en profesionales de la salud. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 15-46). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

los participantes en el estudio se obtuvo que, el mayor número de ellos, son mujeres con edades entre los 21 y los 50 años, principalmente profesionales de medicina general. En cuanto a la RS sobre discapacidad, el análisis de las redes semánticas muestra elementos tales como: limitación/restricción, dificultad, respeto, ayuda, alteración/deficiencia, tristeza, exclusión/discriminación, amor, incapacidad, barreras/obstáculos, dependencia, fortaleza/valor, solidaridad, apoyo y atención. El sistema periférico de las RS se sintetizó en las categorías cuerpo, condición de salud, actividades, participación y factores contextuales. Se identificaron como fuentes de información que poseen los participantes: el lugar de trabajo, las instituciones de salud y la familia. Conclusiones: El nodo central conjuga principalmente aspectos de los modelos de prescindencia, médico y social. Los conocimientos, prácticas y actitudes del personal de salud de la ESE se relacionan con el trato frecuente con personas con discapacidad y formación en el marco conceptual CIF en el contexto social en el que están inmersos, siendo el lugar de trabajo la principal fuente de información.

Palabras clave: representaciones sociales, discapacidad, personas con discapacidad, personal de salud, conocimientos, actitudes y práctica en salud, percepción. DeCS.

Abstract

Objective: Understand the social representations (SR) on disability possessed by the health personnel of an ESE of the municipality of Unión Nariño 2020. Methodology: Comprehensive qualitative study. It identifies sources of information and reveals the central node and the peripheral system of social representation on disability. 36 questionnaires were applied, 7 semi-structured interviews and three focus groups were formed with the health personnel of the ESE for triangulation of the information, the structural approach of SR through semantic networks was used and it was complemented with the procedural approach through analysis of content. Results: Regarding the sociodemographic characteristics of the study participants, it was found that the largest number of them are women between the ages of 21 and 50, mainly general medicine professionals. The content and hierarchy of the social representation for “disability” was obtained, which includes elements such as: limitation / restriction, difficulty, respect, help, alteration / deficiency, sadness, exclusion / discrimination, love, disability, barriers / obstacles, dependence , strength / courage, solidarity, su-

port and attention. The peripheral system is synthesized in the categories body, health condition, activities and participation, and contextual factors. The following sources of information were identified: work, institutions and family. Conclusion: The central node mainly combines aspects of the models of disregard, medical and social. The knowledge, practices and attitudes of the ESE health personnel are related to the frequent treatment of people with disabilities and training in the CIF conceptual framework in the social context in which they are immersed, with work being the main source of information.

Keywords: “health personnel”, health knowledge, attitudes, practice, disabled persons. MeSH.

Introducción

Las representaciones sociales (RS) emergen de determinadas condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador común el hecho de surgir en momentos de crisis y conflicto (Moscovici, 1979). Para el personal sanitario de una institución de salud de baja complejidad, esta situación de conflicto surge en su entorno laboral ante el cambio de paradigma sobre discapacidad, orientado en la normatividad y políticas tanto en el ámbito nacional como internacional, que pone en la agenda de lo público la palabra discapacidad. En este sentido, se parte del supuesto de que poseen la información suficiente, dado que la generación adecuada del certificado de discapacidad, así como la orientación, el trato y las acciones impartidas, están relacionadas con ese “conocimiento que se constituye a partir de las experiencias, pero también de informaciones, ideas y modelos que se construyen o reciben, y se transfieren a través de la tradición, educación y comunicación social” (Moscovici, 1984, p. 473).

Esta situación de cambio obliga al trabajador de la salud a tomar postura ante la presión generada en la vida cotidiana de forma inconsciente en algunos casos a través de la cultura, los medios de comunicación, la educación formal, las conversaciones, así como en la experiencia personal, siendo estas fuentes de información descritas por Jodelet (1997). Por lo anterior, hay que tener en cuenta “el conocimiento y las actitudes que son factores ambientales importantes que afectan a todas las esferas de la prestación de servicios y la vida social” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011), que luego se transmiten a través de la consulta. Llama la atención que la orientación en el

manejo de la discapacidad, según el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), a nivel nacional corresponde al 52%, y para el departamento de Nariño, el porcentaje se reduce al 33%.

De otro lado, varias investigaciones han abordado el estudio de la RS sobre discapacidad, empleando los enfoques procesual y estructural en diferentes grupos, entre estos: docentes, estudiantes, trabajadores, líderes, miembros del concejo y personal de salud; sin embargo; continúa el panorama de exclusión y resultados desfavorables para las Personas con Discapacidad (PcD). Lena Saleh² (2005) menciona que no solo basta con “agregar el tema de la discapacidad por aquí y por allá dentro de las estructuras existentes, sino que se debe comprender y conceptualizar nuevamente” (p.17). Al respecto, es necesario volver a los universales y a la verdad que se encuentra en la realidad objetiva, que es externa a cada sujeto. Finalmente, Sartori (2010), menciona, que “los modos de relación con las PcD tiene que ver en gran parte con las experiencias previas que se ha tenido con ellas y las formas de definir la discapacidad en cada época” (p.30).

En este sentido, esta investigación se fundamenta en la revisión del concepto de discapacidad a través de los modelos teóricos de prescindencia, médico-rehabilitador, social y biopsicosocial, el marco normativo actual nacional e internacional, además de la teoría de RS. Aquí se evidencia un proceso de transición del enfoque de salud médico rehabilitador al enfoque de derechos humanos que tiene sus antecedentes en el Programa de Acción Mundial para las PcD en 1981 y las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PcD de 1993 hasta la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que, a diferencia de las anteriores, tiene un carácter vinculante y obligatorio de los estados parte, además de que contiene los marcos normativos y los principios concertados (Hernández, 2015). De igual forma, el Estado colombiano cuenta con un amplio marco normativo en el ámbito de la Discapacidad a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991.

Con referencia a las consideraciones éticas, esta investigación está enmarcada en los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se consideró con “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colom-

² Exdirectora de Educación Especial UNESCO, en el Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas” Santiago de Chile.

biano, puesto que no se realizó ningún procedimiento que atente contra la integridad física y moral de los participantes.

A partir de este referente se planteó el objetivo de este estudio que consistió en: comprender las representaciones sociales de la discapacidad construidas por el personal de salud que trabaja en una ESE, en el municipio de la Unión Nariño, durante el año 2020. Para su desarrollo, se describieron las características sociodemográficas, la interacción o el contacto de la población participante en el estudio con personas con discapacidad. Posteriormente se develó el nodo central y el sistema periférico de las representaciones sociales sobre discapacidad del personal de salud participante. Finalmente, se identificaron las fuentes de información que utilizó el personal de salud para la construcción de las representaciones sobre la discapacidad.

1. Referente metodológico

El presente capítulo es producto de la investigación de enfoque cualitativo comprensivo que buscó comprender la representación social sobre discapacidad del personal de salud que labora en la ESE del municipio de la Unión en el departamento de Nariño, construida en el contexto laboral compartido. Dada la naturaleza de las RS, se empleó el acercamiento plurimetodológico propuesto por Abric (2001), que proporciona resultados convergentes que permiten confirmar la existencia del núcleo central y la identificación de contenido de la representación a través de métodos interrogativos y asociativos.

Unidad de trabajo. Conformada por los testimonios de 36 trabajadores de la salud de la ESE de primer nivel de complejidad, del municipio de la Unión, en el primer trimestre del año 2020.

Unidad de análisis. La categoría teórica que orientó el análisis fue la representación social sobre discapacidad de las personas informantes de la ESE.

Técnicas e instrumentos de recolección. Se aplicaron 36 cuestionarios, se realizaron siete entrevistas semi-estructuradas a informantes clave y se llevaron a cabo tres grupos focales con el personal de salud de medicina, enfermería y odontología tras selección intencionada y saturación de categorías en el año 2020.

Procesamiento de la información. Una vez transcrita la información se realizaron matrices en Excel en las que se identificaron categorías previas y

emergentes, que se contrastaron posteriormente con la teoría. Mediante la técnica de redes semánticas y análisis de contenido se develaron los conocimientos, actitudes y prácticas que configuran la representación social sobre la discapacidad, el nodo central y el sistema periférico, elementos constitutivos de las representaciones sociales. Finalmente, se identificaron las fuentes de información en relación con la construcción de sus representaciones sociales.

2. Resultados

2.1 Características sociodemográficas de los participantes y de su interacción hacia PcD según escala de actitudes de Arias

De los 36 participantes, predomina el sexo femenino que corresponde al 80,56%, las edades oscilan entre los 21 y los 50 años. El 55,56% de los trabajadores tienen una edad entre los 31 y los 40 años. El 64% es profesional universitario, seguido del nivel técnico en un 19%. En su mayoría son profesionales en medicina con un 36,11%, seguido de auxiliares de odontología y enfermería superior. Los participantes desarrollan actividades y prestan servicios de consulta externa, odontología, higiene oral, crecimiento y desarrollo, psicología y actividades de educación como parte del Plan de Intervenciones Colectivas en el Centro de Salud del municipio de la Unión, de martes a sábado, en horario diurno de forma institucional y extramural. Alrededor del 75 % de los participantes se ubicaron en los estratos socioeconómicos 1 y 3.

Con relación al ámbito del contacto es en el entorno laboral donde los entrevistados refieren tener mayor contacto con las personas con discapacidad, representado en un 64%. Otros ámbitos de contacto son el familiar, ocio y amistad. La frecuencia de contacto es, en su mayoría, varias veces al mes representado con un 33% y este contacto ha sido, por lo regular, con personas con discapacidad física, visual y mental; lo que pone en evidencia que la discapacidad no es algo nuevo y que es importante tener en cuenta que no todos han tenido contacto con todos los tipos de discapacidad.

2.2 Configuración del Nodo central y sistema periférico de la Representación Social

A partir del ejercicio de asociación de palabras a través de la técnica de redes semánticas naturales, empleada por Olivia Mireles-Vargas (2015) y expuesta por José Luis Valdez-Medina (2002), se procedió a la organización y jerarquizar

zación de los elementos frente al término discapacidad. Mediante la técnica de redes semánticas se obtuvo una lista de 180 palabras y se determinó el valor **J** contabilizando 112 palabras, que es el conteo final de las palabras definidoras diferentes, e indica la riqueza semántica de la red. Luego se obtuvo el valor **M** que indica el peso semántico y se identificó el conjunto **SAM** y el valor **FMG** que se presentan en la tabla N° 1 a continuación.

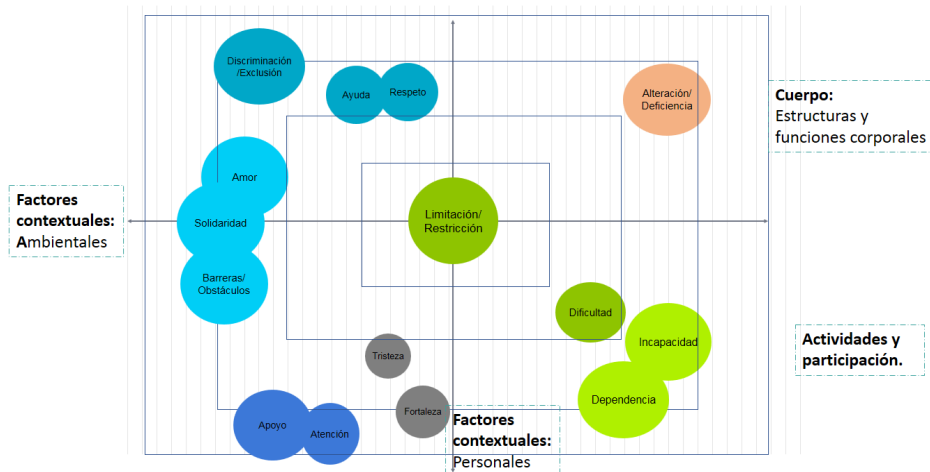
Tabla 1. Resultados de la palabra-estímulo “discapacidad” – NODO CENTRAL

Jerarquía asignada	1	2	3	4	5							
Valor semántico	5	4	3	2	1							
Definidoras	Fa	Fa	Fa	Fa	Fa	Fax5	Fax4	Fax3	Fax2	Fax1	Valor M	VFMG
Limitación/ Restricción	5	1	3	4	1	25	4	9	8	1	47	100
Dificultad	1	2	2	3	2	5	8	6	6	2	27	65,96
Respeto	3	1	0	1	0	15	4	0	2	0	21	44,68
Ayuda	0	3	2	1	1	0	12	6	2	1	21	44,68
Alteración/ Deficiencia	1	1	2	2	0	5	4	6	4	0	19	40,43
Tristeza	2	1	0	0	2	10	4	0	0	2	16	34,04
Exclusión/ Discriminación	2	1	0	0	1	10	4	0	0	1	15	31,91
Amor	1	0	2	0	3	5	0	6	0	3	14	29,79
Incapacidad	2	0	0	1	2	10	0	0	2	2	14	29,79
Barreras/ Obstáculos	0	2	0	1	2	0	8	0	2	2	12	25,53
Dependencia	1	1	1	0	0	5	4	3	0	0	12	25,53
Fortaleza/Valor	2	0	0	1	0	10	0	0	2	0	12	25,53
Solidaridad	1	1	0	1	1	5	4	0	2	1	12	25,53
Apoyo	1	1	0	1	0	5	4	0	2	0	11	23,40
Atención	1	0	2	0	0	5	0	6	0	0	11	23,40

Fuente: elaboración propia con datos de investigación

Valor M = peso semántico, VFMG = distancia semántica entre los elementos. Se calcula por regla de tres a partir del número 1 que equivale a 100.

Figura 1. Nodo central y sistema periférico de las representaciones sociales del personal de salud participante en el estudio.



Fuente: elaboración propia con resultados de la investigación

El conjunto **SAM** es el conjunto de las 15 palabras definidoras que alcanzaron el mayor peso semántico y que corresponde al **núcleo central** de la red, puesto que los participantes las mencionaron con mayor frecuencia, les asignaron los primeros lugares por orden de importancia y describieron las razones de dicha priorización. A partir del análisis y clasificación de las palabras del núcleo central, se agruparon las palabras restantes con menor frecuencia y menor peso semántico, dando lugar a las categorías condición de salud, cuerpo, actividades y participación y factores contextuales, tanto en sus aspectos positivos como negativos; develando así el **sistema periférico** de la representación como se presenta en la tabla N° 2.

Tabla 2. Categorías y sistema periférico de Discapacidad

Componentes CIF	Aspectos negativos	Aspectos positivos
Condición de salud	Síndrome de Down, Sordomudo, Enfermedad	Condición y Salud
Cuerpo: Estructuras y funciones corporales	Alteración, Deficiencia, Disminuido, Debilidad, Disfunción, Pérdida, Dolor, Problemas, Inmóvil	Anatómico, Mental, Psicológica, Funcionalidad, Fisiológico, Física, Visual

Componentes CIF	Aspectos negativos	Aspectos positivos
Actividades y participación.	Dificultad, Dependencia, Inhabilidad, Incapacidad, Limitación/Restricción,	Actividad, Capacidad, Desempeño, Relaciones personales, Ejecución, Participación
Factores contextuales: Ambientales y personales.	Abandono, Aislamiento social, Barreras, Discriminación/Exclusión, Carga, Miedo, Invalidez, Marginación, Minusvalía, Soledad, Pena, Tristeza, Frustración, Impotencia,	Amor, Acompañamiento, Bastón de apoyo, Apoyo, Amable, Compasión, Ayuda, Atención, Amistad, Comprensión, Comunidad, Consideración, Familia, Cuidado, Colaboración, Fortaleza, Empatía, Respeto, Igualdad, Solidaridad, Paciencia, Tenacidad, Perseverancia, Superación, Posibilidad, Silla de ruedas, Infraestructura, Confianza.

Fuente: elaboración propia con datos de investigación

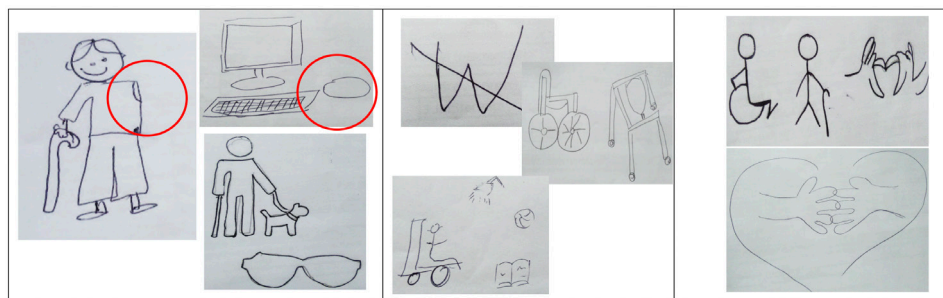
Luego, los resultados obtenidos del ejercicio de asociación de palabras se analizaron por grupos y se cruzaron con los enunciados de la explicación de la representación gráfica, así como, con las narrativas de los grupos focales. De esta forma, surgieron las siguientes categorías:

2.2.1 Enfermería y Discapacidad: “Cuidado y empatía”

El personal de enfermería, en el ejercicio de asociación de palabras, da importancia a la palabra tristeza. La razón de que la persona con discapacidad se sienta triste, se asocia, por un lado, a la realidad de estar incompleta y encontrar además obstáculos por esta situación, al respecto mencionan; *“deben sentir tristeza de estar incompletos y esto hace que se presenten muchos obstáculos en la vida, pero que se deben trabajar para salir adelante”* (Enfermera 3, comunicación personal, 8 de febrero de 2020); así mismo, la persona con discapacidad, encuentra dificultades para actuar y elegir lo que necesita y quiere *“porque se le dificulta realizar las cosas que ellos necesitan y le da depresión y tristeza, no pueda tomar sus propias decisiones”* (Enfermera 1, comunicación personal, 8 de febrero de 2020). Ante la evidente pérdida en ese cuerpo biológico (cuerpo objeto), se evidencia la complejidad del ser-persona (materia y espíritu), que debe toda su especificidad a su alma espiritual (Wojtyla, 1978). Al respecto, los participantes enuncian que es importante *“establecer la limitación para poder definir la conducta de atención en salud, digna y humanizada”* (Enfermera 2, comunicación personal, 8 de febrero de

2020). Esto evidencia que la PCD es el fin de la acción del personal en la prestación de un servicio, con calidad y equidad, a partir de las necesidades.

Figura 2. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de enfermería participante en el estudio



Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

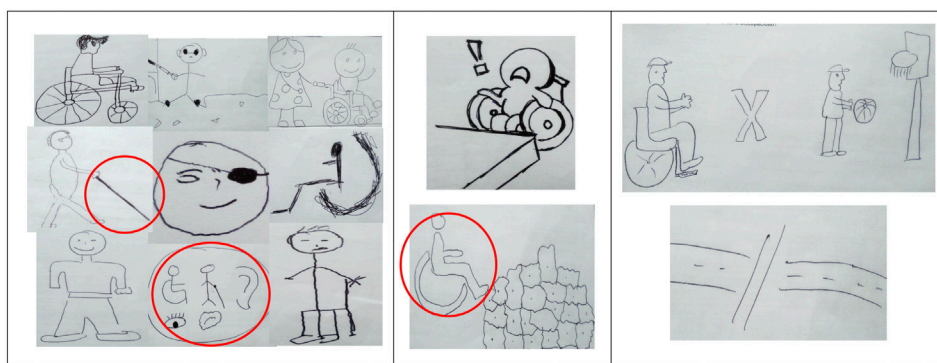
Para un enfermero, la “Solidaridad y el cuidado es lo más importante, cuando estamos en contacto con una persona con discapacidad, genera empatía” (Enfermera 4, comunicación personal, 8 de febrero de 2020); como respuesta a la actitud de la PCD, puesto que “son personas comprometidas con la vida, valientes, fuertes para soportarla y sobrellevarla”. Respecto del cuidado, este se caracteriza por una actitud de “apoyo, unión,” y se sintetiza en “cuidar con amor” (Enfermera 5, comunicación personal, 8 de febrero de 2020) pues “solo el amor constituye la actitud apropiada y valedera” (Wojtyla, 1978) al respecto de la persona con y sin discapacidad. Esta es la actitud determinante que exige y ordena el cuidado del personal de enfermería que siente lo que otro siente, “siento todo el esfuerzo que tuvo que realizar por su inhabilidad para realizar algunas actividades y siento el deseo de ayudar”(Enfermera 6, comunicación personal, 8 de febrero de 2020), Así mismo, esta actitud positiva del personal de enfermería, que cuida de la vida de la persona con discapacidad, señala “la ecografía o tamizaje genético” (Enfermera 7, comunicación personal, 8 de febrero de 2020) como una práctica eugenésica actual por motivos de discapacidad, contraria a lo promulgado en la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad.

2.2.2. Medicina y Discapacidad: Médico y social

El personal de medicina en el ejercicio de asociación de palabras da importancia a la palabra limitación/ restricción. Mencionan aspectos positivos y

negativos de la interacción del individuo con su entorno, como *anatómico, fisiológico, deficiencia, alteración, inhabilidad, invalidez, imposibilidad* que tiene que ver con la dimensión biológica; *actividad, limitación, dificultad, restricción, dependencia*, palabras que tienen relación con la dimensión individual y social de la persona que genera *discriminación, exclusión* como respuestas de la sociedad, “por el estado social en el que se vive y la falta de oportunidades” y “la falta de educación a la comunidad es excluida lo que limita a una participación como ciudadano”. (Médico 3,1 comunicación personal, 7 de febrero de 2020).

Figura 3. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de medicina participante en el estudio.



Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

Los médicos, al igual que los enfermeros, identificaron sentimientos de soledad y tristeza en la PCD, que relacionan directamente al rechazo, “... las dejan solas, las rechazan y eso lleva a la soledad y tristeza” (Médico 2 comunicación personal, 7 de febrero de 2020). Este rechazo puede ser por parte de la sociedad que vulnera derechos y exige del personal de medicina una respuesta de ayuda, como refiere un participante; “porque primero está la humanización de sus derechos fundamentales con respeto y ayuda en caso de que esos derechos sean vulnerados” (Médico 3 comunicación personal, 7 de febrero de 2020). La familia se menciona como “... el pilar fundamental para cualquier situación que se nos presente, además de brindarnos el apoyo incondicional frente a los problemas”, al respecto Chesterton G. K. (2007), la define como “la unidad del Estado; la célula que permite su formación” (p. 68) y permite a la persona con y sin discapacidad superar obstáculos, tener una meta, un propósito, como se encuentra en uno de los enunciados “se considera importante

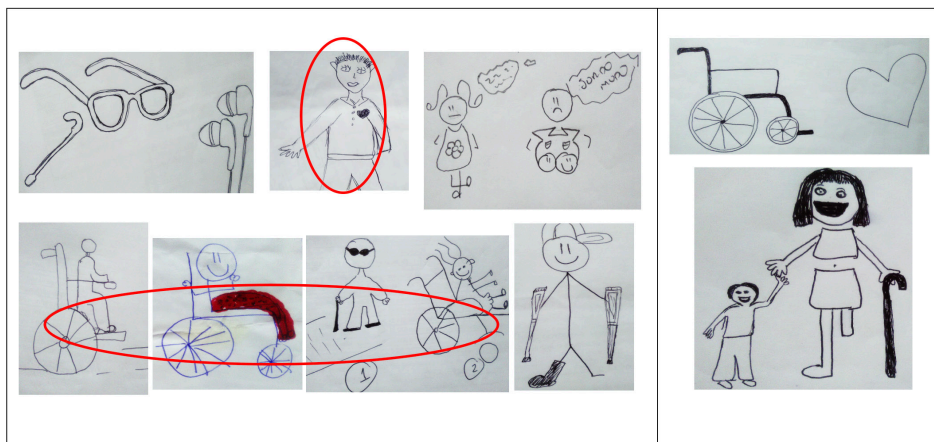
que la persona con discapacidad se logre superar, que a pesar de tener alguna limitación logre sus metas y de la mano se debe tener confianza en sí mismo para lograr los objetivos” (Médico 4 comunicación personal, 7 de febrero de 2020) .

En este sentido, cobra valor la actitud de la persona con discapacidad ante la vida, como *“un camino que es interrumpido por la discapacidad, pero con una adecuada actitud para el manejo se puede seguir transitando”* (Médico 12 comunicación personal, 7 de febrero de 2020), se puede seguir viviendo, amando; hay posibilidad. Finalmente, los análisis de los gráficos muestran la interacción de la persona con discapacidad y las barreras en el entorno, las cuales generan tristeza y son expresión de llanto en la persona, limitando la participación en actividades recreativas como el juego. Este último aspecto corrobora el desconocimiento por parte del personal de salud, acerca de las adaptaciones y ajustes razonables que la sociedad civil, representada en la comunidad, instituciones y escenarios comunitarios, deben realizar en atención a la normatividad vigente para garantizar la participación y expresión de la persona a través de su cuerpo.

2.2.3. Odontología y Discapacidad: “Es persona y merece Respeto”

El personal de odontología, en el ejercicio de las palabras, da importancia a la palabra respeto. Se caracteriza por una noción de discapacidad en una persona concreta, digna de respeto *“sin olvidar que ante todo es una persona igual que las demás y por ende merece respeto”* más allá de las características de pérdida representadas por las palabras *“invalidez, incapacidad”* y que experimentan *“desventaja, inseguridad, frustración y rechazo”*. Hacen énfasis en el *“respeto”*, *“en cuanto al trato sin importar el tipo de discapacidad sin causar ofensa o prejuicio: igualmente que ser amable afectuosa con las personas para que ellas sientan interés al asistir y buena actitud”* (Odontóloga 3,1 comunicación personal, 6 de febrero de 2020) en este caso, respecto de la prestación de servicios de salud, tienen en cuenta la atención prioritaria, el acompañamiento de un familiar y la importancia de la amabilidad, amor y comprensión para *“entenderla y hacerle sentir lo más cómodo posible”* (Auxiliar odontología 5 comunicación personal, 6 de febrero de 2020) . Este aspecto describe la conexión que hace el personal entre el respeto y el reconocimiento de derechos humanos y la equiparación de oportunidades, como extensiones de la dignidad humana.

Figura 4. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de odontología participante en el estudio.



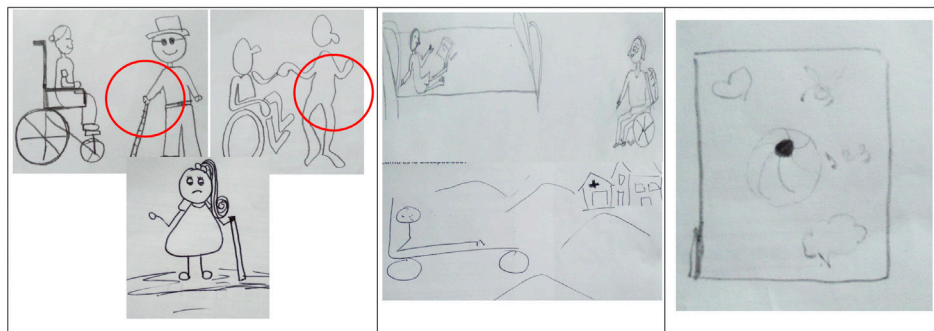
Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

Al igual que el personal de enfermería, la representación gráfica hace alusión a la pérdida y al amor; empleando corazones, así mismo, muestra la emoción de tristeza en el rostro de una de las dos personas del diálogo como una reacción al no poder comunicarse.

2.2.4. Psicología, fisioterapia, nutrición y Discapacidad: “Participación y calidad de vida”

El personal de salud de psicología, fisioterapia y nutrición, en el ejercicio de las palabras, da importancia a la palabra dificultad que “de una u otra manera afecta la calidad de vida del individuo” (Psicólogo 3, comunicación personal, 5 de febrero de 2020) y genera en la dimensión individual “incapacidad y dependencia” para la ejecución de algunas actividades, y requiere “cuidados, apoyo, solidaridad” entre otros valores y virtudes; lo que en palabras de un participante “implican la actuación de la comunidad en general para el beneficio de una persona con discapacidad”. Rescatan factores personales; “requiere valor para vencer las barreras de todo tipo, así como las pérdidas y las dificultades”. (Fisioterapeuta, comunicación personal, 5 de febrero de 2020).

Figura 5. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de Psicología, fisioterapia y nutrición participantes en el estudio.



Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

En algunos dibujos se observa el contexto en el que vive la persona con discapacidad: montañas, un cuaderno en cama, notas musicales, números, pelota; que harían alusión a la zona rural, hogar, gustos, estudio, tiempo libre y sueños; al respecto una participante menciona “para poder desplazarse e ir a la universidad, a la tienda, a cantar, ...” (Nutricionista, comunicación personal, 5 de febrero de 2020). Cabe resaltar cómo la cama deja de ser lugar exclusivo para el descanso y es el lugar del hogar donde la persona es cuidada y aprende, es decir, desde donde participa, aunque se cuente con barreras que aumentan la discapacidad, como menciona la CIF.

Estas experiencias propias de la persona; en la persona con discapacidad y su familia, implica la conjugación de facilitadores y factores personales; al respecto mencionan que se “requiere valor para vencer las barreras de todo tipo, así como las pérdidas y las dificultades” pues “ese punto negro perdido en la inmensidad de la hoja, como menciona un participante, haciendo alegoría a la discapacidad, puede tomarse como un mundo de posibilidades a partir de una pérdida, donde la persona, es capaz de dar sentido a ese punto negro y a la hoja en sí misma, porque a pesar de este punto no deja de ser hoja” (Fisioterapeuta, comunicación personal, 5 de febrero de 2020). Este aspecto hace referencia a la perspectiva existencialista, fenomenológica de la discapacidad como posibilidad de ser en el mundo y la complejidad del ser persona.

La discapacidad es una realidad objetiva en una persona que se percibe a través de nuestros sentidos, que no solo es fuente de información, sino que sensibiliza; al respecto refieren, “Si bien existe diversos tipos de discapacidad, están

también aquellas que son más visibles o fáciles de identificar. Es la manera más frecuente o más entendible de proyectar qué es una discapacidad y a su vez sensibilizar.” Se hace referencia a la vida como “una conjugación de varias cualidades relevantes para subsistir, generosidad, la sanación del alma para tener el cuerpo, don maravilloso que nos regaló Dios”. Vida a cuidar, entendida como un bien objetivo y que dependerá de los hábitos saludables practicados, como: “alimentándose bien, con el deporte”, que luego se percibirá en la calidad de vida en el plano subjetivo. (Psicóloga 2,1, comunicación personal, 5 de febrero de 2020)

Posteriormente se relacionó la información arrojada de los cuestionarios de las entrevistas semi-estructuradas y de la guía aplicada a los grupos focales, desde el referente epistemológico sobre RS, es decir, conocimientos, prácticas y actitudes.

2.2.5. Conocimientos del personal de salud sobre discapacidad

En las respuestas al cuestionario los participantes consideraron estar bien informados sobre discapacidad auditiva, visual y física, pero mal informados sobre discapacidad mental, múltiple, intelectual y sordoceguera, según las categorías que propone la resolución 00583 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. De forma similar, en los grupos focales los participantes refirieron bajo nivel de conocimiento frente a la discapacidad, así mismo, en otros enunciados los participantes enfatizan en la capacitación como un medio, pero lo califican como un aprendizaje difícil, debido a que requiere amplias horas de formación. Estos aspectos hacen referencia a lo que Ibáñez, (1988) menciona: “la información sobre los objetos representados varía notablemente, tanto de la calidad como de la cantidad”, así como de la facilidad o dificultad para el acceso (p. 185).

2.2.6. Prácticas del personal de salud y discapacidad

Los actores clave entrevistados manifiestan un cambio positivo en sus prácticas laborales frente a la discapacidad en la atención diaria en el centro de salud, con relación a dos razones; por un lado la experiencia de vivir o tener un familiar cercano con discapacidad y por otro lado, la experiencia de participar de forma activa en la implementación del proceso de certificación de discapacidad y en el proyecto de Rehabilitación Basada en la Comunidad; donde se llevaron a cabo actividades con el personal como: capacitaciones y talleres en el marco conceptual de la CIF, jornadas de sensibilización sobre discapacidad, aprendizaje LSC, construcción de productos de apoyo con material económico, entre otras.

2.2.7. Actitudes del personal de salud y discapacidad

Los participantes, a partir de la experiencia personal y laboral con personas con discapacidad, valoran la discapacidad, como algo bueno, malo, positivo y/o negativo. En este sentido se analizó la categoría actitud que “supone la predisposición hacia un objeto, es decir, que la reacción de una persona ante otra persona, objeto o situación se explica en función de la predisposición, de la actitud. Las actitudes implican tres componentes (cognitivo, afectivo y conductual)” (Santiago et al., 2003).

2.2.7.1. Valoración negativa de la discapacidad por parte del personal de salud

Los enunciados ponen al descubierto la realidad que conlleva la discapacidad, no solo para la persona que tiene la condición de salud, sino para el núcleo familiar. En la experiencia cotidiana del personal de salud se comparte ese lado negativo, malo, *“porque ellos dicen que no pueden hacer absolutamente nada y muchas veces también la familia no es que ayude mucho; porque yo veo, que ellos dicen; él es enfermo, él no entiende, él no aprende, desde la misma casa lo están condicionando”* cuando la PCD requiere un servicio y no consigue respuesta a lo solicitado, conforme con su necesidad, conocimiento y deseo como persona, puesto que está implicado un esfuerzo personal y familiar adicional, determinados por el contexto particular y los determinantes sociales presentes.

Este aspecto genera enfado o tristeza tanto en la PCD como en su familia, *“hay unos que se desplazan se sienten tristes, ahí es negativa la discapacidad, y es toda la familia... algunos desde que llegan, están bravos o se ponen enojan rápido con retrasos. Por eso hay que correrles, uno sabe que son bien de lejos, y cuando se han crecido es más pesado para los padres, que tienen que venir los dos para ayudarse porque ya está muy grande... y hasta ellos ya andan sacando citas porque están enfermos de cargarlo”*. (Fisioterapeuta, comunicación personal, 5 de febrero de 2020)

2.2.7.2. Valoración positiva de la discapacidad por parte del personal de salud

Se describen enunciados de valoración positiva hacia la discapacidad respecto del aporte para la sociedad *“que cada vez es más egoísta, y vive en su rollo”* debido a la sensibilidad de las PCD para identificar cambios en el estado de ánimo y responder con gestos genuinos, así mismo, los informantes

rescatan el ejemplo y “enseñanza de vida” de las PCD para lograr objetivos en la vida y no quedarse en el sentimiento de incapacidad o “nos ahogamos en un vaso de agua”, pues la discapacidad “enseña a que no hay límites en esta vida” y se pueden vencer los obstáculos. Por otro lado, refieren aprendizajes que favorecen un trato más humano “he aprendido incluso a sentir el dolor del otro”. (Enfermera 7, comunicación personal, 8 de febrero de 2020)

2.3. Fuentes de información

En relación con las fuentes de información, consideradas por Moscovici (1961) como lugar de mediación de diferentes tipos de comunicaciones y que han incidido en la construcción de las representaciones sociales sobre discapacidad en el personal de salud, en primer lugar se encuentra lo referenciado con el contexto laboral entre las que se encuentran las actividades desarrolladas en el trabajo con un 38,88% seguido por las instituciones con un 25% entre ellas el hospital, alcaldía, secretaria de salud, universidad, en un tercer lugar la familia que representa el 16,67%.

A continuación, se describen las categorías las cuales se relacionaron con las narraciones de los informantes mediante las entrevistas semiestructuradas y la guía aplicada a los grupos focales.

2.3.1. El Trabajo

El contexto laboral de un trabajador de la salud, a partir de los enunciados, está determinado por la prestación de sus servicios de forma frecuente a personas con discapacidad en la “consulta médica, de higiene oral, consultas con especialistas”, entre otras, en las que la “La Historia clínica, el examen físico” (Grupo focal enfermería, medicina, comunicación personal, 15,20 de febrero de 2020), ayudas diagnósticas como “paraclínicos, la ecografía”. En este escenario laboral, el personal identifica por su parte la importancia de la experiencia al entrar en contacto con un paciente con discapacidad, “en mi trabajo, al brindarle mi atención como profesional a algún paciente” en la que a través de la observación se recibe información “Cuando lo vi... el nivel de las orejas, le vi los dientes negritos en la consulta, como le estarán doliendo los dienteitos a esa niña y la remitimos a odontología.”. Frente al desconocimiento, identifica en este escenario las “capacitaciones, curso de certificación de discapacidad, campañas de sensibilización que hicimos” recibidas por el centro de salud y del instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) como parte de la voluntad política de gerencia. (Grupo focal medicina, comunicación personal, 20 de febrero de 2020)

Otra fuente de información está relacionada con la solicitud por parte de las instancias que hacen inspección, vigilancia y control (IVC) en línea a la dimensión transversal Gestión de Poblaciones Vulnerables, la política de Atención Integral en Salud-PAIS y demás lineamientos normativos que regulan el sistema de Salud en Colombia *“en el trabajo cuando nos auditan”* (Grupo focal enfermería, comunicación personal, 15 de febrero de 2020) dado que en este ejercicio se requiere el cumplimiento de unos estándares mínimos en cuanto a historia clínica, atención preferencial, infraestructura, señalización, satisfacción del usuario, entre otros y se orienta la realización de ajustes.

2.3.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud

Los participantes identifican como origen de información sobre discapacidad, instituciones y lugares públicos a los que se accede, solicitan servicios, o simplemente observan y rescatan la adopción de leyes escritas que orientan el uso de *“filas preferenciales como es el caso de bancos, oficinas, centros educativos, puestos de salud, sitios públicos”*, que han realizado ajustes que favorecen la accesibilidad a todos al adoptar políticas de atención preferencial.

Así mismo, mencionan instituciones que tienen que ver con la atención directa para proteger a las personas de la *“pobreza extrema y la pérdida o falta de ingresos por motivos de enfermedad, discapacidad o ancianidad”* Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), que denominan *“ayudas gubernamentales”* a través de la *“alcaldía, secretaria de salud, hospitales, instituciones gubernamentales, religiosas y políticas”* (Grupo focal enfermería, comunicación personal, 15 de febrero de 2020. Estas instituciones brindan medidas de soporte social.

Llama la atención que solo un participante hace alusión a la *“Universidad”* como fuente de información obtenida de conocimientos adquiridos en medios formales, correspondiendo con una categoría propuesta por Jodelet (1990); por otro lado, algunos participantes mencionaron desconocimiento sobre discapacidad, refiriendo en sus discursos que: *“Porque a uno en la universidad, así como tal nunca le dice a uno cómo debe actuar, o sea no hay conocimiento”*, *“Yo no recuerdo que me hayan enfatizado en discapacidad”* y lo asociaron con su formación técnica, tecnológica y profesional. (Grupo focal odontología, comunicación personal, 22 de febrero de 2020)

Recomiendan como grupo abordar esta temática como parte de un proceso teórico-práctico, por ejemplo: *“que en la Universidad deberían hacer atender*

ese tipo de pacientes”, ya que de forma errónea se asocia en algunos casos; enfermedad con discapacidad y se puede calificar mal. Al respecto, hacen énfasis en “...que se profundice más, qué tipo de discapacidades hay” y “no solamente lo teórico, una práctica”, y proponen que “debería haber electivas de cómo tratar pacientes con discapacidad”. (Grupo focal enfermería, medicina, comunicación personal, 15,20 de febrero de 2020)

En general, recomiendan a las instituciones eliminación de barreras y la implementación de ajustes razonables, de modo “Infraestructura”, “que las instalaciones cumplan con algunos estándares como el baño “, se facilite el tiempo pertinente para la prestación de los servicios, pues...”se requiere más tiempo”, y sugieren a la institución de salud “incluir en la agenda, la columna para que ponga cuál de los usuarios del día tienen discapacidad,...” y al Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN, material escrito sobre discapacidad “yo diría que ellos mismos desde el Instituto deberían sacar un material”. (Grupo focal odontología, enfermería, comunicación personal, 22,20 de febrero de 2020).

2.3.3. La Familia

Los participantes manifiestan que la familia ha contribuido en la medida que ha compartido la vida cotidiana en un mismo entorno con varios familiares con discapacidad; atender a un familiar y recibir con el núcleo familiar diagnósticos relacionados a discapacidad. En este sentido, las “informaciones procedentes de las experiencias vividas por las propias personas” (Araza, 2002), corresponden a una de las fuentes de información propuestas por (Jodelet,1990), donde se transmiten conceptos como “mente sana en cuerpo sano” y reivindica que las RS se construyen socialmente en contextos, como la familia, puesto que la familia es ya, en sí misma, una pequeña sociedad de la que depende la existencia de toda gran sociedad: nación, Estado, Iglesia (Wojtyla, 1978).

La familia, además de ser fuente de información para los participantes, es pilar fundamental del que depende el proceso de inclusión e influye en la configuración de la representación social sobre discapacidad tanto de las personas con discapacidad, su familia y el profesional de la salud.

2.3.4. Otras fuentes

La comunicación social es otro lugar de mediación como, por ejemplo, “conversaciones en el trabajo, con la familia y amigos” (Grupo focal odonto-

logía, comunicación personal, 22 de febrero de 2020) que junto a la normatividad que regula los estándares de prestación de servicios en el contexto laboral, favorece el reconocimiento de la discapacidad, al respecto mencionan que “la parte legal es una fuente, nos dieron Resoluciones (normas)” y que han incidido en la construcción de las representaciones sociales sobre discapacidad. Los medios de comunicación son otra fuente de información, los participantes refieren “por ejemplo, la televisión o cuando sale el presidente en algunas ocasiones está la persona con señas, publicaciones en Facebook, del niño que salió del bullying”, entre otras, mencionan “web, Google...” que emplean para la búsqueda. (Grupo focal medicina, enfermería, comunicación personal, 20,15 de febrero de 2020).

3. Discusión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los discursos del personal de salud obtenidos de los instrumentos de recolección, en combinación con la teoría y la experiencia de la investigadora.

Para el personal de salud de la ESE la discapacidad está representada por los aspectos negativos del funcionamiento, evidentes en una persona que refiere o experimenta limitación o restricción en la realización de actividades; además, de dificultad, incapacidad y dependencia relacionada a las alteraciones o deficiencias en las estructuras o funciones corporales, así como, a las barreras que la persona encuentra al interactuar con la sociedad que en algunas ocasiones excluye, situación que puede ocasionar tristeza y/o fortaleza en la PCD. Así mismo, los participantes mencionan que la discapacidad implica respeto, amor, solidaridad, apoyo, ayuda y atención por parte del personal de salud; actitudes, valores y comportamientos que afirman la dignidad de la persona en cuanto tal y la relación del contexto como facilitador o barrera.

El anterior concepto que se obtuvo, indica en primer lugar que “la discapacidad es parte de la condición humana” (OMS, 2011), es decir, reconoce lo normal y lo propio del hombre (García Sánchez, 2012). En segundo lugar, corresponde a problemas en los componentes Cuerpo, Actividades y Participación tanto desde una perspectiva biológica, individual como social abordados en la CIF (OMS, 2001); de modo que esta representación social de discapacidad mantiene características del modelo de prescindencia y conjuga los modelos médico y social, aspectos del actual modelo biopsicosocial (OMS, 2001).

La figura N°6, sintetiza los hallazgos respecto al nodo central, sistema periférico y fuentes de información.

Figura 6. Nodo central, sistema periférico y fuentes de información



Fuente: Elaboración propia a partir de los hallazgos del estudio.

En este estudio se identificaron como fuentes de información, en primer lugar, el trabajo, que determinó el trato frecuente con las personas con discapacidad en la consulta, visitas domiciliarias a PCD y la formación del personal en capacitaciones sobre discapacidad en el centro de salud; en segundo lugar, las instituciones tanto públicas como privadas, y en tercer lugar, la familia, donde algunos participantes conviven con familiares con discapacidad. Estas fuentes aportaron al conocimiento sobre discapacidad de una persona en su contexto y en el de la consulta con personal de salud, dando así paso a la configuración de la representación social sobre discapacidad en concordancia con el concepto y paradigma actual de discapacidad.

Conocer a los pacientes permitió al personal de salud, además de contrastar la teoría con la realidad, “priorizar mejor los problemas y ayudar a tomar decisiones» (Loeb et al., 2016, p. 7). Evidentemente, este conocimiento se convirtió en una demanda de atención con calidad y con los ajustes pertinentes para que el usuario se vaya contento y satisfecho, puesto que, se contrae el deber de prestar una atención con calidad frente al derecho de los pacientes

con y sin discapacidad al buscar una atención que satisfaga sus expectativas y valores. Dassah E, Aldersey HM, McColl MA, Davison C (2019) destacaron en particular, la experiencia gratificante de ofrecer atención a personas con discapacidades físicas, [...] y una relación de trabajo cordial.

En este sentido, la discapacidad precisa un abordaje desde los derechos humanos que se funda en la comprensión del valor de la persona humana en su dignidad intrínseca, como menciona la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que lo hace sujeto de derechos. Este aspecto social de la discapacidad permitió al personal de salud prestar una atención fundada en valores como el respeto, solidaridad, amor, apoyo, ayuda, como instrumentos que operacionalizan la moral pública por el reconocimiento de la dignidad, libertad, autonomía, entre otros (Palacios, 2008). Es preciso señalar que esta forma de proceder evidencia la importancia del acto humano que, mediante su inteligencia y libertad, decide prestar un servicio humanizado y de calidad como medios oportunos y efectivos para alcanzar el bien común.

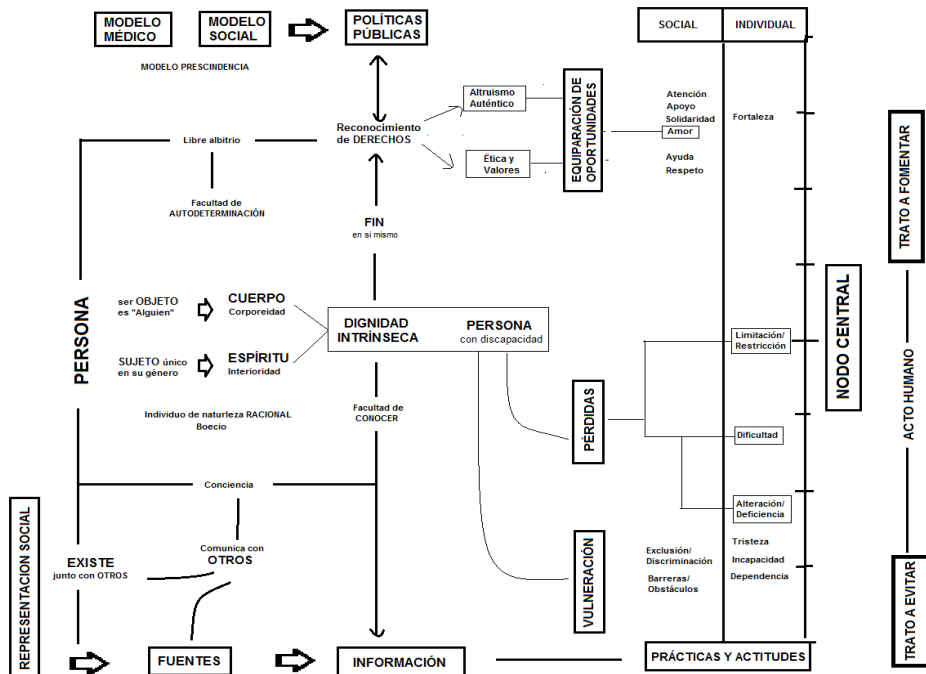
Continuando con el análisis relacionado con los valores es preciso prestar atención a la relación interpersonal de la consulta entre personal de salud y persona con discapacidad, que según Rosso & Urquiza (2003), es también, una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, lo que exige del personal de enfermería un comportamiento práctico moral. Lo anterior, sumado a la propuesta de los cuatro principios éticos de inspiración hipocrática, son válidos no solo para el personal de enfermería, sino que trasciende a todo el personal sanitario, que además asiste a personas con discapacidad para: respetarlas, protegerlas, curarlas y cuidarlas, porque están vivas y otro comportamiento sería contrario al estándar ético moral (García, 2012)

Ahora bien, Bramley & Matiti, (2014) refieren cómo la compasión del personal de enfermería es capaz de “notar la vulnerabilidad de otra persona, experimentar una reacción emocional y actuar de alguna manera con ella, que sea significativa para las personas” (p. 2791). De igual manera, el personal de enfermería de este estudio se caracterizó por sentir empatía con el otro, como lo presentan en sus narrativas los informantes, al identificar algunas sensaciones como tristeza o dolor entre otros, en la persona con discapacidad y su familia. Gracias a esta característica surgió la categoría “cuidar y empatía”, que sintetiza intenciones y acciones características del trato a fomentar en el personal de salud.

En este estudio, no solo el personal de medicina, sino también de enfermería, hace alusión a algunos postulados del Modelo Social, como se evidencian en el nodo central de la representación, generando la categoría de “factores contextuales” como un elemento del sistema periférico. En este sentido, las recomendaciones de Reynolds (2018) no son exclusivas para el personal de medicina, sino para todo el personal sanitario que está llamado a la comprensión, tanto médica como social de la discapacidad, para comunicar mejor y reconocer la autoridad de las personas con discapacidades como expertos en sus propias vidas y comunidades. Lo anterior evidencia la importancia de rescatar los aspectos positivos de cada modelo, pues abordados de forma aislada reducen a la persona y su dignidad a sus meros postulados.

En la figura N° 7 se sintetiza el análisis de hallazgos a través de los objetivos específicos de la investigación:

Figura 7. Síntesis hallazgos investigación relacionados con las representaciones de Discapacidad del personal de salud participante en el estudio.



Fuente: Elaboración propia a partir de los hallazgos del estudio.

Las narrativas del personal del centro de salud respecto de los conocimientos y prácticas sobre discapacidad expresaron la disposición de continuar formándose, siendo esta una actitud favorable que permitió identificar características de un buen trato a fomentar hacia la persona con discapacidad; sin embargo, los participantes en este estudio manifestaron barreras que pueden afectar el trato: como el tiempo limitado en la consulta y las demandas de producción estipuladas para la rentabilidad de las instituciones prestadoras de salud (IPS). Esta problemática se evidenció también en el estudio realizado con proveedores de atención primaria en el cuidado de pacientes complejos, quienes encontraron barreras importantes a nivel de los sistemas de salud, entre ellas, “las exigencias de productividad, causando frustración en el personal de salud y compensación no relacionada con la atención del paciente” (Loeb et al., 2016, p. 6).

El personal de salud identificó además la necesidad de un conocimiento desde la interdisciplinariedad y la integración de otros profesionales. En este sentido Roots & Li (2013) proponen la contratación de profesionales de la rehabilitación para aumentar el nivel de recursos humanos de los proveedores y mejorar el acceso equitativo a la atención médica enriqueciendo la “atención centrada en el paciente y mejorando los resultados generales de salud” desde un nivel de baja complejidad (Reynolds, 2018, p. 1184). Al respecto, es necesario cuestionar el modelo abordado por parte del SGSSS colombiano y a nivel internacional para garantizar el servicio de rehabilitación individualizado a la PCD, desde un nivel de baja complejidad, aun en las zonas rurales dispersas; puesto que el abordaje comunitario no tiene en cuenta la particularidad de cada persona con discapacidad, reduciendo la atención objetiva en salud a solo un número de participantes.

Por otro lado, el personal de salud de la ESE propuso dar continuidad a la visita domiciliaria a pacientes con discapacidad, donde es posible conocer el contexto de la persona y su familia. Al respecto, un participante del estudio de Agaronnik et al. (2019) afirmó que hacer visitas domiciliarias a pacientes con discapacidad cambió su “forma de pensar sobre la práctica»(p. 8), puesto que frente a una persona con discapacidad no se puede permanecer indiferente: o se toma una postura de muerte, o bien una que abre al misterio que nos lleva a reconocer la vulnerabilidad del ser humano, haciéndose imprescindible una decisión ética (Immig, 2010).

Finalmente, si se trata de implementar una política, una norma, entre otras, como parte de un cambio de paradigma frente a un fenómeno, como refie-

ren Fotia & Assis (2012) “es en la intersección entre un nuevo paradigma de trabajo y las prácticas instituidas, donde las modalidades de atención deben reorganizarse para conformar un nuevo sistema de atención eficaz” (p. 89). A este respecto, como menciona Mora Guillart (2015), “la aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional, lo que permite, a su vez, elevar el nivel de la calidad en la atención de los pacientes” (p. 232).

Para este propósito, Wojtyła (1978) propone actuar desde el altruismo auténtico como medida del amor que orienta la acción, tras una elección donde “el amor compromete a la libertad y la colma de todo lo que naturalmente atrae a la voluntad; el bien” (p. 67). En este caso, un bien recíproco tanto para la persona con discapacidad y el personal de salud en la cotidianidad de la interacción durante la consulta, contribuyendo así a la equiparación de oportunidades ante la pérdida objetiva o vulneración de los derechos y libertades fundamentales de una persona respecto a su dignidad intrínseca. Este aspecto cobra valor en la formación del personal de salud en la academia. Al respecto, Jiménez Bósquez (2010), citando a Martha Nussbaum, propone una formación en humanidades como un trato a fomentar en todos los contextos, puesto:

Que sirve para formar un mundo en el que valga la pena vivir, con personas capaces de ver a los otros seres humanos, como entidades en sí mismas, merecedoras de respeto y empatía, que tienen sus propios pensamientos y sentimientos, un mundo con naciones capaces de superar el miedo y la desconfianza en pro de un debate signado por la razón y la compasión. (p. 189).

4. Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones según los objetivos propuestos.

Características sociodemográficas. La mayoría de los participantes son mujeres con edades entre los 21 y los 50 años. En cuanto a la ocupación son principalmente profesionales de medicina que representan el 36,11%, seguido de auxiliares de odontología con el 16,67% y enfermería superior con el 13,89%. El personal participante tiene contacto con PCD generalmente por su entorno laboral, la frecuencia de contacto es de un 33%, varias veces al mes, por lo regular con personas con discapacidad física, visual y mental.

Nodo central y sistema periférico. El nodo central de la representación social sobre discapacidad obtenido a través del enfoque estructural y complementado con el procesual abordados por Abric y Moscovici respectivamente, permitió identificar la organización de la representación social y además identificar una transición relacionada a la evolución histórica, conceptual y normativa hacia el modelo biopsicosocial adoptado por la OMS e implementado en las políticas y modelos actuales de salud a implementarse en la ESE.

El nodo central conjuga aspectos de los modelos de prescindencia, médico y social, además de que los conocimientos, prácticas y actitudes del personal de salud se relacionan con el contexto social que comparten, el trato frecuente con PCD y la formación en el marco conceptual CIF, donde configuran la RS de discapacidad que se organiza alrededor de la persona, su funcionamiento y la interacción con el entorno. Lo anterior sintetiza el nodo central en las siguientes palabras: limitación/restricción, dificultad, respeto, ayuda, alteraciones/deficiencias, tristeza, exclusión/discriminación, amor, incapacidad, barreras/obstáculos, dependencia, valor/fortaleza, solidaridad, apoyo y atención. Así mismo, expresa la homogeneidad y la pertenencia al grupo. El sistema periférico es complementario y dependiente del núcleo, se sintetiza en los aspectos positivos o negativos de las categorías cuerpo, condición de salud, actividades y participación, y factores contextuales.

El personal tiene un conocimiento sobre discapacidad en el que identifica tanto aspectos positivos como negativos de la interacción de una persona con su entorno. En cuanto a la actitud, realizan una valoración positiva de la discapacidad como aporte para la sociedad por su sensibilidad, humanidad, ejemplo y enseñanza para lograr objetivos en la vida; y negativa con relación a las dificultades y/o barreras que en algunas ocasiones experimenta la persona al interactuar con la sociedad. Con relación a las prácticas, indican un aspecto positivo en el trato del personal de salud con la persona con discapacidad, por ejemplo, en la consulta donde se hace énfasis en el entorno y se aborda a la persona como un sujeto de derechos.

El referente epistemológico de cada profesión influyó en la comprensión y trato de la PCD, así el personal de enfermería dio importancia al cuidado y la empatía, el de medicina a lo biológico y social, y el de odontología resaltó a la persona que merece respeto. Los profesionales de psicología, fisioterapia y nutrición enfatizaron en la participación y la calidad de vida. Este aspecto evidenció la necesidad e importancia de la interdisciplinariedad respecto a la discapacidad, desde la atención de menor complejidad.

Fuentes de información. El trabajo fue una fuente importante de información en la generación de conocimientos sobre discapacidad para el personal de salud, principalmente de medicina y enfermería, donde, además del trato frecuente con PCD, se contó con espacios para la formación en el marco conceptual CIF y el modelo biopsicosocial, adoptado a nivel nacional mediante la resolución 00583 de 2018, hoy derogada por la resolución 00113 de 2020 y la Política PAIS.

Las instituciones, entre estas, bancos, alcaldía, así como instituciones religiosas y educativas fueron otra fuente que aportó a la configuración de la representación a partir de la observación de enunciados en atención a la accesibilidad y la atención preferencial y diferencial en cumplimiento de normatividad del orden nacional e internacional. La universidad no fue una fuente importante de información durante la formación del personal de salud.

La familia fue una fuente de información importante para el personal de salud, que además del trato frecuente de PCD y su familia en el trabajo, algunos trabajadores viven con un familiar con discapacidad, siendo esta una fuente personal. Otras fuentes de información importantes fueron la comunicación social, normatividad y medios de comunicación.

5. Recomendaciones

A partir de los resultados y en línea con los objetivos propuestos se recomienda a:

Una recomendación para el personal de salud está orientada a la búsqueda de formación clínica y humana permanente frente a temas como la discapacidad en el marco conceptual de la CIF adoptado por el país. También se recomienda el fomento de investigación frente a problemáticas identificadas durante la interacción con la PCD y su contexto, para la debida gestión de la discapacidad desde el personal de salud, para una oportuna y adecuada orientación en el manejo de esta. El personal de salud es un actor clave en el cambio de paradigma propuesto a nivel nacional, pasando desde el asistencialismo a sujetos de derechos, desde la eliminación a la posibilidad, del miedo y rechazo a la inclusión y participación.

Se recomienda a las instituciones de salud mantener procesos y políticas de calidad y seguridad del paciente, basados en los principios éticos y humanos a partir del diálogo y la escucha permanente de las PCD y el personal

de salud, para garantizar un espacio de confianza, de reconocimiento de la diversidad, conocimiento de marco legal y la comunicación social en un clima de respeto que propicie la sensibilización, formación continua y permanente del talento humano sobre el tema de discapacidad. De este modo, se respalda una atención centrada en la persona con los debidos ajustes, entre estos la consulta domiciliaria, con tiempos adecuados y trato humanizado. Se recomienda hacerlo de forma sistemática con el fin de garantizar los conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas hacia las PCD en el marco del modelo biopsicosocial, puesto que los cambios de personal pueden afectar.

Se recomienda a las instituciones educativas incorporar en su currículo y planes de estudio, así como en el PEI, políticas y lineamientos que fomenten conocimientos, actitudes y comportamientos adecuados frente a la discapacidad desde el marco conceptual de persona, la clasificación CIF para el abordaje como sujeto de derechos. Se recomienda hacerlo desde la reflexión y el diálogo permanente con PCD para la formación de personas responsables, con conciencia ética y solidaria, que logren humanizar el mundo social.

Se recomienda el respectivo monitoreo de la implementación de las medidas afirmativas orientadas a garantizar al marco individual, familiar y comunitario, desde el diálogo reflexivo y abierto, respeto a la persona y las articulaciones intersectoriales para la atención a personas con discapacidad. Se debe incluir el análisis de problemáticas y el conocimiento de la normatividad vigente a partir de un enfoque de derechos. Esto es necesario puesto que continúan los resultados desfavorables para esta población.

Se recomienda a cada PCD, sus familias y cuidadores mantener los espacios de participación para la comunicación social en un clima de respeto y confianza con las instituciones públicas y privadas, la sociedad civil, los medios de comunicación, entre otras, para avanzar en la construcción de una sociedad abierta al diálogo con la discapacidad, que es inherente al ser humano, y propiciar así, comunidades sensibles, dispuestas a facilitar la inclusión y participación de sus integrantes con discapacidad con la más exquisita calidad humana, y evitar actitudes y comportamientos negativos, que generan exclusión de quienes no producen en una cultura utilitarista.

Limitaciones del estudio

Teniendo en cuenta la cantidad de participantes, no es posible la generalización de los hallazgos, puesto que, en el marco de las representaciones socia-

les, este es producto del contexto social compartido por el personal de salud con unas características propias. Posiblemente estos hallazgos podrían servir de réplica en otros centros de salud que, en sus políticas institucionales, la discapacidad forme parte de la agenda de gerencia y sea de interés más allá del mero cumplimiento de normatividad exigida por entes de control.

El tiempo reducido del personal para el desarrollo de las entrevistas y grupos focales, así como la renuncia y cambio de personal, limitó profundizar en algunos aspectos y la participación de algunos actores clave.

Referencias bibliográficas

- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones Jean-Claude Abric* (Coyoacán S.A de C.V. (ed.); 1st ed.). file:///C:/Users/ADA/Downloads/ABRIC_Jean-Claude_org_Practicas_Sociales.pdf
- Agaronnik, N., Campbell, E. G., Ressalam, J., & Iezzoni, L. I. (2019). Exploring Issues Relating to Disability Cultural Competence Among Practicing Physicians. *Disabil Health*, 3(1), 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.010>. Exploring
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión* (L. Villegas (ed.); 1st ed.). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). [http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya Uma%20Representaciones sociales.pdf](http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya%20Uma%20Representaciones%20sociales.pdf)
- Bramley, L., & Matiti, M. (2014). How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2790–2799. <https://doi.org/10.1111/jocn.12537>
- Chesterton, G. (2007). *El hombre Eterno* (Cristiandad (ed.); 2nd ed.).
- Dassah, E., Aldersey, H. M., McColl, M. A., & Davison, C. (2019). Healthcare providers' perspectives of providing primary healthcare services to persons with physical disabilities in rural Ghana. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e108), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000495>
- Fotia, G., & Assis, C. (2012). Representaciones Sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padeci-

- mientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M Ramos Mejía a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR, 1-5. <https://www.aacademica.org/000-072/286>
- García Sánchez, E. (2012). “Dignidad y vulnerabilidad: propuesta bioética de compatibilidad.” In Universidad Católica de Valencia (Ed.), *Comunicación presentada en las VIII Jornadas de la AEP: Bioética personalista: fundamentación, práctica, perspectivas* (p. 7). [https://repositorioinstitucional.ceu.es/jspui/bitstream/10637/6531/1/Dignidad y vulnerabilidad propuesta bioética de compatibilidad.pdf](https://repositorioinstitucional.ceu.es/jspui/bitstream/10637/6531/1/Dignidad_y_vulnerabilidad_propuesta_bioetica_de_compatibilidad.pdf)
- García Sánchez, E. (2012). “Dignidad y vulnerabilidad: propuesta bioética de compatibilidad.” VIII Jornadas de La AEP: Bioética Personalista: Fundamentación, Práctica, Perspectivas, 1-7. https://studylib.es/doc/6941998/dignidad-y-vulnerabilidad_propuesta-bioetica-de
- Hernández, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5280484.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5280484>
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales: teoría y método. In Sendai-Caroto Tec. S. A. (Ed.), *Ideologías de la vida cotidiana* (1st ed., pp. 153-216). <https://es.scribd.com/document/412414932/Ibanez-RRSS-Teoria-y-Metodo>
- Immig, C. (2010). A presença profética das pessoas com deficiência no atual contexto cultural: questões antropológicas, éticas e sociais. Pontificia Universitas Lateranensis, *Academia Alfonsiana, Institutum Superius Theologiae Moralis*.
- Jiménez Bósquez, D. (2010). NUSSBAUM, Martha C. Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades. In Katz (Ed.), *Universitas Philosophica* (Vol. 28, Issue 57).
- Loeb, D. F., Bayliss, E. A., Candrian, C., DeGruy, F. V., & Binswanger, I. A. (2016). Primary care providers’ experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0433-z>

- Martinez, J. (2006). *Representaciones sociales de discapacitado* (Servicios Académicos Internacionales para eumed.net (ed.); 1st ed.). www.eumed.net/libros-gratis/2014/1381/index.htm
- Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, FONADIS, OMS/OPS, OIT, PNUD, UNESCO, Universidad Central, & Santiago, M. de E. de. (2005). *Inclusión social, discapacidad y políticas públicas* (C. Bañados (ed.)). Noviembre de 2005. https://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro_seminario_internacional_discapacidad.pdf
- Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público* (Huemul S.A. (ed.); 1st ed.). <https://doi.org/10.1037/h0067186>
- Moscovici, S. (1984). *Psicología Social II*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF: Versión abreviada*. In Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Ed.), IMSERSO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. https://doi.org/ISBN_978_92_4_068823_0
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Componente de Subsistencia*. In *Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC*. <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44809>
- Páez, M. J. (2014). *Representaciones de discapacidad en el cine mexicano*. 1er Congreso Internacional Virtual Sobre Discapacidad y Derechos Humanos, 18. <https://inclusion-international.org/event/1er-congreso-internacional-virtual-sobre-discapacidad-y-derechos-humanos/>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. In Cinca S. A (Ed.), CERMI (1st ed., Vol. 36). <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

- Reynolds, J. M. (2018). MEDICINE AND SOCIETY Three Things Clinicians Should Know About Disability. *AMA Journal of Ethics*, 20(12), 1181–1187. www.amajournalofethics.org
- Roots, R. K., & Li, L. C. (2013). Recruitment and retention of occupational therapists and physiotherapists in rural regions: a meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 13(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-59>
- Rosso, V., & Urquiza, T. (2003). Orientación deontológica y bioética en el ejercicio de la enfermería. *Rev Enferm Hosp Ital*, 19, 14–23. <https://www.semanticscholar.org/paper/Orientación-deontológica-y-bioética-en-el-ejercicio-Rosso-Urquiza/dc0945852c8a926aaaec7c31888a2a-8042d9c090>
- Santiago, O., Marrero, G., & Diaz, G. (2003). Las actitudes hacia las personas con discapacidad. Una revisión de estudios empíricos. *El Guaniguada*, 12, 169–182. <https://ojsspdc.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuaniguada/article/view/621>
- Sartori, M. (2010). *Discapacidad y Representaciones Sociales de la educación especial a la educación inclusiva* (Fundación Universidad Nacional de San Juan (ed.); 1st ed.). <http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/libroSartoriMariaLuisa.pdf>
- Wojtyla, K. (1978). *Amor y responsabilidad: Estudio de moral sexual* (Razón y Fe S. A. (ed.); 3rd ed.). http://www.mercaba.org/LECTOR_PDB/Amor_y_Responsabilidad,_Cardenal_Karol_Wojtyla.pdf