



REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD DEL PERSONAL DE
SALUD DE UNA ESE EN EL MUNICIPIO DE LA UNIÓN NARIÑO 2020

ADA PATRICIA QUINTANA NÚÑEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2021

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD DEL PERSONAL DE
SALUD DE UNA ESE EN EL MUNICIPIO DE LA UNIÓN NARIÑO 2020

Autora

ADA PATRICIA QUINTANA NÚÑEZ

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Discapacidad

Asesor

Mg. BELLAZMIN ARENAS QUINTANA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2021

DEDICATORIA

A Dios, quien me espera con los brazos abiertos en su patria celestial y me ha acompañado día a día en este peregrinar hacia la casa del Padre.

A mis padres, quienes me formaron en la fe y en la integridad, y por lo mismo son mi referente de vida y mi motor.

A mi hermana Carola, quien además es mi amiga y ha sido la fuerza y el apoyo constante para ir contracorriente en esta lucha entre el bien y el mal.

A mis hermanos hombres, a quienes debo mi vocación y el valor de ser mujer.

A mis amigas Mariaca y Aleja, quienes me acompañan desde la Morada Eterna en la que espero un día ir a descansar y platicar con ellas

A los compañeros de trabajo, con quienes he aprendido a vivir en comunidad, a escuchar y a comprender nuestra humanidad con todas sus grandezas y pequeñeces.

A los profes, que, con su vida y conocimiento, me han ayudado a ser mejor y así mejorar la sociedad haciéndola más humana y fraterna.

A las hermanitas de los Ancianos Desamparados, quienes me acabaron de criar y fueron la ruta para conocer la Iglesia más de cerca y en ella a San Juan Pablo II y a sus JMJ en 2003, quien en esa época me confirmo en la Fe y la Esperanza.

A las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, en especial mi primo Cristian, con quienes he aprendido a valorar y aceptar mi vida, a disfrutar de lo pequeño y a darle propósito a mi profesión.

Ada Patricia Quintana Núñez

AGRADECIMIENTOS

A Dios, “Fuerza mía”.

A mi familia, que me quiere y ha rezado por mí.

Al personal de salud participante del en el estudio, quienes tuvieron a bien disponer de tiempo para la aplicación de los instrumentos y permitieron acercarme de puntillas a su interioridad compartida.

A la gerente del centro de salud durante el periodo de 2017 a 2020, que confió en mí y me dio la oportunidad de trabajar con las personas con discapacidad, desarrollar el programa de RBC y este proyecto de investigación.

A la profesora Bellazmin Arenas Quintana, quien ha estado pendiente y dispuesta a animarme cuando ya veía imposible continuar con este proyecto. Gracias por sus orientaciones para la construcción del mismo.

A las directivas de la Maestría en Discapacidad, por su comprensión durante esta pandemia con sus efectos económicos y laborales.

Ada Patricia Quintana Núñez

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 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 formaron tres grupos focales con el personal de salud de la ESE para 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: La mayoría de los participantes son mujeres con edades entre los 21 y los 50 años, principalmente profesionales de medicina general. Se obtuvo el contenido y la jerarquización de la representación social para “discapacidad” que incluye 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 se sintetiza en los aspectos positivos o negativos de las categorías: cuerpo, condición de salud, actividades y participación, y factores contextuales. Se identificaron como fuentes de información: el trabajo, las instituciones 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 de personas con discapacidad y formación en el marco conceptual CIF en el contexto social en el que están inmersos, siendo el 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: Most of the participants are women between the ages of 21 and 50, mainly general practitioners. 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, support and attention. The peripheral system is synthesized in the positive or negative aspects of 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.

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	12
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
2.1	ÁREA PROBLEMÁTICA	13
2.2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
2.3	JUSTIFICACIÓN	19
2.3.1	Disposiciones éticas vigentes y condiciones de factibilidad	21
3	REFERENTE TEORICO.....	23
3.1	REPRESENTACIONES SOCIALES.....	23
3.1.1	Antecedentes teóricos de las Representaciones Sociales.	23
3.1.2	Teoría de las Representaciones Sociales	25
3.1.3	Representaciones sociales y discapacidad.....	33
3.2	DISCAPACIDAD.....	36
3.2.1	Concepto de discapacidad.	36
3.2.2	Modelos teóricos y referente histórico.	43
3.2.3	Situación Actual de la Discapacidad.	48
3.2.4	Discapacidad y legislación.	53
4	OBJETIVOS.....	64
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	64
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	64
5	METODOLOGIA	65
5.1	ENFOQUE METODOLÓGICO Y TIPO DE ESTUDIO	65
5.2	UNIDAD DE TRABAJO	65
5.3	UNIDAD DE ANÁLISIS	65
5.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN..	65

5.5	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	67
6	RESULTADOS.....	69
6.1	CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES Y DEL CONTACTO HACIA PCD SEGÚN ESCALA DE ACTITUDES DE ARIAS.	69
6.2	CONFIGURACIÓN DEL NODO CENTRAL Y SISTEMA PERIFÉRICO DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL.....	72
6.2.1	Enfermería y Discapacidad: “Cuidado y empatía”	75
6.2.2	Medicina y Discapacidad: “Médico y social”	78
6.2.3	Odontología y Discapacidad: “Es persona y merece respeto”	80
6.2.4	Psicología, fisioterapia, nutrición y Discapacidad: “Participación y calidad de vida”	81
6.2.5	Conocimientos del personal de salud sobre discapacidad	82
6.2.6	Prácticas del personal de salud y discapacidad.	84
6.2.7	Actitudes del personal de salud y discapacidad	85
6.3	FUENTES DE INFORMACIÓN	86
6.3.1	El trabajo	87
6.3.2	Instituciones.....	88
6.3.3	La familia.....	89
6.3.4	Otras fuentes	90
7	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	91
8	CONCLUSIONES	97
9	RECOMENDACIONES	100
10	EVIDENCIA DE RESULTADOS	103
10.1	RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS	103
10.2	IMPACTOS ESPERADOS	104
11	REFERENCIAS	105
12	ANEXOS.....	119

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Distribución respecto a la orientación que reciben la PCD o familia sobre el manejo de la discapacidad en Colombia y departamento de Nariño	16
Tabla 2 Características de los participantes.....	70
Tabla 3 Características del contacto de los participantes con PCD.....	71
Tabla 4 Resultados de la palabra-estímulo “discapacidad” – Nodo central	73
Tabla 5 Categorías y sistema periférico “discapacidad”	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Relación enfermedad y discapacidad según la CIDDM	37
Figura 2 Interacciones entre los componentes de la CIF.....	39
Figura 3 El Universo del “bienestar” según la CIF	40
Figura 4 Nodo central, sistema periférico y fuentes de información.....	92
Figura 5 Síntesis hallazgos investigación.....	94

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario dirigido a personal de salud.....	119
Anexo 2. Guía para entrevista semiestructurada	121
Anexo 3. Guía para grupo focal.....	122
Anexo 4. Enunciados obtenidos por personal de enfermería a partir de la asignación de importancia de las palabras y realización y explicación de dibujo.....	123
Anexo 5. Enunciados obtenidos por personal de medicina a partir de la asignación de importancia de las palabras, realización y explicación de dibujo.....	126
Anexo 6. Enunciados sobre discapacidad obtenidos por personal de odontología a partir de la asignación de importancia de las palabras y realización dibujo	130
Anexo 7. Enunciados sobre discapacidad obtenidos por personal de psicología, fisioterapia y nutrición a partir de la asignación de importancia de las palabras y realización dibujo .	133
Anexo 8. Fuentes de información sobre discapacidad identificadas en los grupos focales y entrevista.....	135
Anexo 9. Conocimientos de los participantes relacionados con la normatividad vigente en discapacidad.....	139
Anexo 10. Conocimientos del personal de salud sobre discapacidad	139
Anexo 11. Practicas del personal de salud y discapacidad1	141
Anexo 12. Practicas del personal de salud y discapacidad2.....	143
Anexo 13. Prácticas que emprendería el personal de salud y discapacidad3	145
Anexo 14. Prácticas que el personal de salud evitaría.....	148
Anexo 15. Valoración negativa de la discapacidad por parte del personal de salud	150
Anexo 16. Valoración positiva de la discapacidad por parte del personal de salud.....	151
Anexo 17. Fuentes de información sobre discapacidad referidas por los participantes en el estudio.....	153

1 INTRODUCCIÓN

El problema abordado en el presente estudio está configurado por la comprensión de las representaciones sociales (RS) sobre discapacidad que posee el personal de salud de una ESE del municipio de la Unión Nariño en el año 2020. Para tal propósito se planteó develar el nodo central y el sistema periférico, así como identificar las fuentes de información que poseen. El estudio cobra relevancia dada por el cambio de paradigma frente al abordaje y la evolución del concepto de discapacidad, así como los avances en materia de normatividad tanto a nivel nacional como internacional, lo cual denota implicaciones directas para el personal de salud que labora e interactúa en la prestación de servicios para personas con discapacidad. El marco teórico gira alrededor de las representaciones sociales desde la teoría desarrollada por Moscovici (1961), Jodelet (1984) y Abric, (2001) además de las investigaciones que se han desarrollado frente a representaciones sociales y discapacidad y la revisión del concepto de discapacidad desde un enfoque integrador biopsicosocial en el marco de la normatividad actual nacional e internacional. El enfoque metodológico utilizado es cualitativo de corte interpretativo. Las técnicas de recolección de información se realizaron a través de un cuestionario, entrevista a informante clave y al grupo focal, con la intención de analizar las categorías, conocimientos, prácticas y actitudes sobre discapacidad de acuerdo con el enfoque estructural propuesto por Abric (2001) y complementado con el procesual de Moscovici (1961). Los criterios de inclusión fueron bajo vinculación laboral con el centro de salud, haber ejercido su profesión mínimo 6 meses y prestados servicios a PCD y participación voluntaria. La información se sistematizó y se trianguló para su posterior análisis. Los resultados de este estudio orientan para la implementación de leyes, resoluciones, políticas, entre otras, en instituciones de salud que prestan servicios a personas con discapacidad, así mismo, instan a la academia a revisar sus currículos y programas para aportar en la formación y el desarrollo de lineamientos, políticas y programas como actor social y a las familias y personas con discapacidad, quienes son actores activos en el proceso de abordaje pero al mismo tiempo receptores de lo que el personal de salud conoce y realiza como parte de sus funciones y prácticas cotidianas.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

2.1 ÁREA PROBLEMÁTICA

El principio fundamental de la Constitución Política declara que Colombia es un Estado social de derecho, [...] fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general (1), ha orientado a partir de 1991, los esfuerzos en la formulación de políticas, planes, programas, proyectos sobre discapacidad, teniendo en cuenta las orientaciones desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo que se ve reflejado en el extenso marco normativo nacional sobre discapacidad.

A partir de la constitución se evidencia una concepción de discapacidad desde un enfoque de derechos, que “reconoce a la persona en razón de su dignidad humana y se concreta en la Convención de Derechos Humanos de PCD como una respuesta teórica y normativa en la que confluyen los modelos médico y social”(2) y que se reconoce por su carácter vinculante y obligatorio mediante la “Ley 1346 de 2009 y ratificada mediante la Sentencia C-293/10 de la Honorable Corte Constitucional”(3). Así mismo la Constitución Política de 1991 consagra además, acciones afirmativas en favor de poblaciones especiales en los artículos 13 y 47 y establece el deber del estado de promover la igualdad(2)

Hoy el país cuenta con el Observatorio Nacional de Discapacidad – OND¹, que obedece al mandato de la Convención de “recopilar información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que permita formular y aplicar políticas” y tiene como fuentes de información el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

¹ OND: estrategia técnica que recopila, investiga, analiza y genera información, para contribuir al seguimiento de los esfuerzos que en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad realizan los actores institucionales y de otros sectores, a través de indicadores que permiten evaluar el impacto de la legislación nacional, las políticas, planes, programas y proyectos en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad”

RLCPD y el SISPRO, en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad - SND² creado a través de la ley 1145 de 2007, teniendo en cuenta la terminología y las categorías de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF(4)” como recomendó la OMS en 2001.

En este orden de ideas, en varios países de América Latina se han hecho avances concretos desde políticas de asistencialismo, pero principalmente de la participación hacia el enfoque de derechos(5). Es evidente un cambio de paradigma sobre la discapacidad, dado el resultado de la evolución terminológica, conceptual y normativa que ha demostrado la historia(2) pese a esto y frente a la realidad de la discriminación, marginación y el estigma que históricamente a rotulado a las PCD, la discapacidad se refleja explícitamente y genera algunas representaciones en enfoques sociales que dan valor a las personas más allá de su dignidad y su diversidad innata. En el informe Mundial sobre la Discapacidad resalta “el uso de imágenes y lenguaje negativos, los estereotipos y los estigmas con profundas raíces históricas que persisten para las Personas con Discapacidad – PCD de todo el mundo”(6), esto es evidente en los “obstáculos a los que se enfrentan las PCD en cuestiones de salud, rehabilitación, apoyo y asistencia, entorno, educación y empleo”(7).

La Política Publica de Discapacidad e Inclusión Social – PPDIS, trasciende las políticas de asistencia y protección, hacia políticas de desarrollo humano con enfoque de derechos(8). Esta PPDIS que es un gran logro para el país, “busca asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores”(3) y se formula desde un diagnostico que evidencia, “la existencia de discriminación y desconocimiento de las capacidades de esta población; la respuesta inadecuada de los servicios de salud; la existencia de barreras de acceso a la educación formal, al trabajo y proyectos de emprendimiento y al entorno físico, social, económico,

² SND: entendido como el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en la ley 1145 de 2007

político y cultural; la dependencia económica y baja autoestima; la limitación del desarrollo de sus potencialidades, la de sus familias y cuidadores”(3) entre otros.

Ante este panorama de exclusión y de desventaja que viven las personas con discapacidad, aun contando con una conceptualización y normatividad acerca de esta, no es evidente en la cotidianidad. El sector salud, es el primer contacto en la mayoría de los casos, evalúa, analiza y formula una serie de intervenciones que pueden quedarse solo en la deficiencia, por tanto , obviar la inclusión social de la Persona con Discapacidad – PCD, sin embargo, no solo este tipo de intervención garantiza el goce efectivo de los derechos de las PCD en Colombia, cuyo objeto se decreta en la Ley Estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013, aunque 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” (6), que luego se los transmiten a través de una orientación que obstaculiza o facilita la inclusión social de la PCD.

La discapacidad y la persona con discapacidad según el Banco Mundial es una cuestión de derechos, capacidad, desarrollo y dignidad, no solo existe a partir de un diagnóstico, aunque es imperante una condición de salud, y por ende existe una importante participación de este sector a partir de la cual se debe orientar y realizar un abordaje inicial. En el capítulo IV, denominado salud, del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD indaga si la persona con discapacidad o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad. Al respecto, tras el análisis de los datos obtenidos con corte a junio de 2018 a través de la Conexión al Cubo del Registro de Personas con Discapacidad, se observa que a nivel nacional el 52% afirman haber recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad, y para el departamento de Nariño, el porcentaje se reduce al 33% como se muestra en la tabla N°1.

Tabla 1 Distribución respecto a la orientación que reciben la PCD o familia sobre el manejo de la discapacidad en Colombia y departamento de Nariño

<i>Orientación/Colombia</i>	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>No</i>	671.648	47,36%
<i>Si</i>	737.715	52,02%
<i>No reportado</i>	8.702	0,61%
<i>Total general</i>	1.418.065	100,00%
<i>Orientación/Nariño</i>	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>No</i>	39.329	66,32%
<i>Si</i>	19.447	32,79%
<i>No reportado</i>	526	0,89%
<i>Total general</i>	59.302	100,00%

Nota: datos recopilados del RLCPD Nacional y del departamento de Nariño 2018

Las preguntas del RLCPD enfoca la orientación en el manejo de la discapacidad en el sector salud, en este sentido, es de resaltar por un lado dos definiciones; orientación, entendida como esa acción de “Dirigir o encaminar a alguien o algo hacia un fin determinado”(9) y manejo como esa acción de “Gobernar, dirigir”(9), dos acciones que según la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC de la OMS, implica “brindar información”, es decir, informar para empoderar, porque la “información es poder”(10), ya que como se afirma en la guía “ asegura que las personas tengan mejores herramientas para sacar ventaja de las oportunidades, acceder a los servicios, negociar efectivamente y hacer responsables a los encargados de cumplir deberes”(10).

De lo contrario, se estaría acentuando la dependencia de la persona con discapacidad y por ende, que se continúe con el desconocimiento de la legislación, la poca difusión de la misma y el pobre empoderamiento de las personas con discapacidad (11). Frente a este desconocimiento, Fernández-Cid (12), citado por Martínez, (13 p9), se refiere a la existencia de prejuicios, es decir, “juicios previos, ideas o representaciones, que a lo mejor tienen muy poco que ver con la realidad” de ahí la importancia de comprender las

Representaciones Sociales de los participantes del sector salud, ya que “la identificación de la “visión del mundo” que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar y tomar posición es reconocida como indispensable para entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales” (14)

Otro acontecimiento a tener en cuenta a nivel nacional , sumado a la orientación que se realiza en el contexto de la consulta; es la expedición de la circular 09 de 2017 y la resolución 583 de 2018 que decreta la generación del Certificado de Discapacidad según la CIF, y pone en la agenda la palabra discapacidad; por lo tanto, importa saber que comprenden por discapacidad el personal de salud, 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, está relacionado 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, lo que Jodelet denomina Representaciones Sociales. (15)

De ahí la importancia de ahondar en el conocimiento de ese sentido común, que como sostiene María Luisa Sartori (16);

Se sitúan en la intersección de lo psicológico y de lo social y que atañe a la manera como los sujetos sociales aprehenden los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente, las informaciones que circulan y las relaciones con las personas del entorno próximo o lejano (p22).

Requisitos para la implementación efectiva de políticas y para generar e iniciar transformaciones y cambios, acorde al concepto de discapacidad, que se caracteriza por su dinamismo.

Fotia, en su investigación acerca de las representaciones sociales de los trabajadores de la salud, la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en un hospital que es determinada por la sanción de la ley nacional de salud mental, concluye que “una ley que intente moldear la dinámica normal de un hospital para la incorporación de una

problemática históricamente separada y estigmatizada está destinada al fracaso si no contempla, al momento de diseñar las acciones, los factores psicosociales como factores clave del desarrollo de los mismos(17), como afirma Lena Saleh³, “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”(5).

Páez J, en su ponencia tras el análisis de las Representaciones de discapacidad en el cine mexicano cuestiona “si se habla de lo mismo cuando se menciona la palabra discapacidad” haciendo visible la problemática generadora de confusiones de “la convivencia de significados distintos en la época reciente”, en la cual se ha comprendido la importancia de representaciones adecuadas de discapacidad(18). Moscovici (19), citado por Soto (19 p9), define que las Representaciones Sociales “equivalen en nuestra sociedad a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común”

Sartori M.L, sostiene 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”(16). Este dialogo entre teoría y cotidianidad, además de generar tensión, requiere el conocimiento y comprensión de las RS sobre la discapacidad del personal de salud implicados de forma directa e indirecta en el proceso de salud e inclusión de las PCD, ya que como afirma Moscovici, las RS emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador común el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos(21). Con base a lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación

³ ex directora de Educación Especial UNESCO, en el Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas”

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las representaciones sociales de la discapacidad, construidas por el personal de salud de una ESE del municipio de la Unión Nariño 2020?

2.3 JUSTIFICACIÓN

En relación a la pertinencia y relevancia del estudio de las RS, es oportuno determinar qué sabe (información), qué cree, cómo interpreta (campo de la representación) y qué hace o cómo actúa (actitud)(22) el personal asistencial en su vida cotidiana ante la discapacidad, que a propósito de la circular 09 de 2017 y la resolución 583 de 2018, es tema en la agenda desde el sector salud, al modificar o derogar leyes, costumbres o prácticas que directa o indirectamente generen discriminación; como lo menciona el Informe Mundial sobre Discapacidad. La relevancia está dada, en cuanto permite conocer el pensamiento social, así como la interacción entre los sujetos y sus contextos y evidenciar que resultado de la evolución conceptual histórica desde la expedición de la ley estatutaria 1618 de 2013 y la PPNDIS, han impregnado las prácticas, el sentido común del personal del sector salud, lo que aporta elementos necesarios para favorecer la transversalización de las políticas públicas de discapacidad como propone el Banco Mundial y la PPDIS desde un enfoque biopsicosocial y que exige un compromiso de todos los niveles asumido por la totalidad de los sectores e integrado en las leyes, normas, políticas y estrategias planes nuevos y existentes(6).

Los resultados podrán ser utilizados por Instituciones, Organizaciones, Fundaciones, Universidades, Institutos de formación para el trabajo, iglesias, escuela, así como profesionales o personal no solo de la salud, sino que estén interesados y comprometidos en construir desde su quehacer “una sociedad capaz de albergar en un plano de igualdad a toda la diversidad humana, ya que este es un objetivo aceptado en el discurso más que en las prácticas cotidianas”(23). Conocer las RS del personal de salud de una IPS que presta servicios primarios permite “desafiar los valores de las personas, sus formas de comportamiento, así como las culturas institucionales ya establecidas”, al respecto el mismo informe, propone como primer paso “Sensibilizar y erradicar las actitudes negativas

para crear ambientes más accesibles para las personas con discapacidad”(6), pero se debe “desafiar y cambiar las estructuras más profundas de las organizaciones [...], así como los sistemas y procesos construidos sobre fundamentos tradicionales”(5).

Lo útil del estudio, radica en la capacidad de identificar practicas nuevas del personal de salud, adoptadas frente al contexto actual de la discapacidad, que movilizan y activan prescripciones antiguas, para generar cambios en la forma de pensar, percibir, tratar e interactuar con las PCD desde un prestador primario, de tal manera que los encargados de diferentes sectores, responsables de formular planes, programas y proyectos se articulen y respondan eficazmente a las necesidades, posibilitando el trabajo en red, tan necesario para intercambiar experiencias desde espacios de reflexión desde diferentes puntos de vista, donde sea posible cuestionar la teoría y ponerla a dialogar con la vida cotidiana, requisito indispensable para generar y adaptar conocimiento. En definitiva “la colaboración intersectorial es imperativa si se quiere lograr la meta de la participación en todos los aspectos de la vida”(5).

Esta investigación es pertinente, debido a que tiene en cuenta “posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales” como recomienda el Informe Mundial sobre Discapacidad, ya que los pocos estudios que se encuentran giran alrededor del personal que tiene que ver con la rehabilitación característico de un componente complementario de prestación⁴, obviando los servicios del componente primario de prestación⁵.

⁴ Componente complementario de prestación, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

⁵ Componente primario de prestación, encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. Gradual

Lo novedoso de esta investigación es que se desarrolla en un periodo de adopción e implementación del Modelo de Acción Integral en Salud-MAITE y las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS, que establece una interacción coordinada del Centro de Salud con las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública y los aseguradores. Así mismo, recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021, y las estrategias centrales⁶ y enfoques⁷ de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, sino también la gestión sectorial intersectorial para garantizar continuidad e integralidad, incorporando servicios de salud pública, de altos niveles de complejidad y de otros sectores y lograr la implementación de los postulados de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con discapacidad y la política pública de discapacidad. Finalmente responde a uno de los seis retos de innovación e investigación y apropiación del conocimiento en aportar a la gestión eficiente de los recursos humanos en salud.(24)

2.3.1 Disposiciones éticas vigentes y condiciones de factibilidad

Esta investigación se llevó a cabo por una investigadora estudiante de la cohorte VIII de la maestra en discapacidad, con el acompañamiento de una docente investigadora. No se requirió de materiales costosos y se contó con la autorización por parte de la gerente del centro de salud como máxima autoridad, así mismo, como la participación voluntaria de 11 médicos, 3 odontólogos, 3 auxiliares de odontología, 5 jefes de enfermería, 3 psicólogos, 3 auxiliares de enfermería y una fisioterapeuta que forman parte del personal de salud y del equipo multidisciplinar para generar certificados de discapacidad en la institución.

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

y progresivamente, este componente deberá resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población

⁶ 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

⁷ Enfoques de APS, Salud Familiar y Comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial a nivel poblacional y territorial.

Ministerio de Salud Colombiano y no se realizó ningún procedimiento que atente contra la integridad física y moral de los participantes. Se utilizó un cuestionario y un instrumento orientador para las entrevistas y el grupo focal, y una grabadora que permitió tener constancia de los momentos de la entrevista. Para el análisis y sistematización de la información obtenida, se empleó Microsoft Excel para este tipo de estudio cualitativo.

Finalmente, a los participantes se expusieron los propósitos, y condiciones de la investigación, quienes accedieron participar voluntariamente. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación se trataron confidencialmente.

3 REFERENTE TEORICO

Con el propósito de sentar las bases teóricas que nos permitan comprender la pregunta de investigación, se proyectan 2 ejes principalmente: representaciones sociales y discapacidad. En cada apartado se abordan los conceptos orientadores que fundamentan el desarrollo de esta investigación.

3.1 REPRESENTACIONES SOCIALES

En este aparte se describirán inicialmente aspectos generales sobre el concepto de representaciones sociales en el campo de la Psicología Social, a partir de sus antecedentes teóricos abordados por Pierre y Loic J. D. Wacquant (1995), Peter Berguer y Thomas Luckman (1997), así como por Wundt, Mead y Durkein, el planteamiento original por Serge Moscovici (1979) y el desarrollo de esta corriente de pensamiento por Denis Jodelet (1986) y los postulados metodológicos con esta corriente por Jean-Claude Abric (2001), como actores destacados de la corriente de Representaciones Sociales; que se toman finalmente como eje orientador para la presente investigación en la construcción de la representación social sobre discapacidad como esa forma de conocimiento en la vida cotidiana del personal de salud que labora en una ESE en el municipio de la Unión Nariño.

3.1.1 Antecedentes teóricos de las Representaciones Sociales.

La construcción social de la realidad a partir del análisis de la vida cotidiana, abordado por Berger, como "sociología del conocimiento derivó de Marx su proposición básica, a saber, que la conciencia del hombre está determinada por su ser social", que existe a partir del "cara a cara" en la vida cotidiana, que se caracteriza por la experiencia e interpretaciones subjetivas. En palabras de Berger P.L & Luckmann, se trata de la realidad por excelencia, de la que todos participan de su "conocimiento" de una u otra manera(25). En este sentido, el lenguaje usado en la vida cotidiana juega un papel importante en la denominación de significados, a través del vocabulario, que marca las coordenadas de la vida en la sociedad y la llena de objetos significativos(25).

Al respecto, el aquí y el ahora delimitan la realidad, es decir, a un espacio, que puede ser el propio cuerpo o exterior a él, así como en un tiempo determinado, Berger comenta al

respecto, que la realidad de la vida cotidiana se organiza alrededor del "aquí" de mi cuerpo y el "ahora" de mi presente(25). Así mismo es un tiempo intersubjetivo, donde se comparte la realidad en un espacio y tiempo concretos. En palabras de Bourdieu P & Wacquant L “lo real es lo relacional: lo que existe en el mundo social son las relaciones”(26) desde la expresividad, el grado de importancia y cercanía que esa persona represente. En este sentido el conocimiento de esa realidad en un mismo contexto se vuelve una rutina, que puede ser interrumpida y presentarse un problema, cuando esta realidad cambia. Al respecto, la necesidad de comprender lo que la gente piensa y siente, a nivel individual y colectivo, forma parte del conflicto entre individuo y sociedad, estudiado por la Psicología Social, que en palabras de S Moscovici, se refiere a la sociedad externa y la sociedad que el hombre lleva dentro(27).

Ante este conflicto no resuelto por la sociología y la psicología en un laboratorio experimental por Wilhem Wundt, donde trataba de abordar problemas psicológicos empleando métodos derivados en gran medida de la fisiología, estableció así, una distinción entre Psicología experimental y Psicología Social o Etnopsicología(28). Wundt, estudia además la relación entre lenguaje y pensamiento; y comprende el hecho social como algo externo al individuo cuya conducta humana, emerge de la interacción con contextos sociales, a través del lenguaje y que se expresa en la cultura. Así mismo, Wundt realiza un importante trabajo de investigación que forma parte del pensamiento que oriento el estudio de las representaciones individuales y colectivas por Emilio Durkheim(28,29).

Su pensamiento influyó en importantes pensadores de la psicología entre ellos, George H. Mead, cuyas raíces intelectuales son variadas, entre estas; Darwin, los pragmatistas, el conductismo, Adam Smith, Rousseau y Cooley. Mead, llevo a cabo en Estados Unidos, en la Universidad de Chicago; el desarrollo teórico, mas no la nominación, del interaccionismo simbólico. Estudió la conciencia a partir de un análisis de la conducta observable, y del acto humano, que sintetizó en cuatro fases: impulso, percepción, manipulación y

consumación(30). Blumer, sociólogo de la escuela de Chicago⁸ y alumno de Mead, introdujo el nombre de interaccionismo simbólico y desarrollo en conjunto los principios básicos de la teoría. Consideró la “sociedad humana como un conjunto de personas que actúan, y la vida de la sociedad consiste en las acciones que éstas realizan” (31).

Emilio Durkheim, otro actor representativo de la psicología Social, postula que “la regla primera y fundamental es: considerar los hechos sociales como cosas”(32), que existen y que es inevitable pasar por alto, y que construyen una realidad social producto de la interacción del individuo. Al respecto, Durkheim, a partir de ese proceso de reflexión colectivo, postula emergen las representaciones colectivas, comunes a los individuos de una sociedad» y que al ser producto de un hecho social, lo concibe como una explicación independiente y externo a las personas; como una representación que se impone, debido a la estabilidad de transmisión y reproducción que las caracteriza; frente a la variabilidad e inestabilidad de las representaciones individuales que están sujetas a todas las influencias externas e internas que afectan al individuo(22)

3.1.2 Teoría de las Representaciones Sociales

La teoría de las Representaciones Sociales (RS) surgió en los años sesenta tomando como punto de partida las Representaciones colectivas de Emile Durkheim, a partir de un estudio realizado por Serge Moscovici sobre la representación del psicoanálisis en la sociedad francesa, aparecido en 1961. Moscovici, a través de su tesis, quería redefinir los problemas y los conceptos de la psicología social a partir de su función simbólica y el poder para construir lo real; a diferencia de Durkheim, enfoca su atención en el intercambio de los sujetos, dentro de un grupo social; puesto que lo que cuenta no son los sustratos sino las interacciones, lo que califica de sociales a las representaciones(22); y que define como “un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social” (21).

⁸ En cuestiones epistemológicas, la tendencia más fenomenológica de la Escuela de Chicago y Berkeley

Moscovici, con su visión psicosocial, comprende que la realidad por excelencia se construye a partir de la interacción de tres términos que denominó; sujeto individual, sujeto social y objeto, ya que como explica Amaya. S, “los otros y las otras son mediadores y mediadoras del proceso de construcción del conocimiento y la relación de los y las otras con el objeto (físico, social, imaginario o real), es lo que posibilita la construcción de significados”(22), lo que se traduce en modificaciones que afectan el pensamiento y el comportamiento de cada individuo(27). En suma, las representaciones sociales son “conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado”(21).

Moscovici en su tesis, evidencia un cambio respecto a ciencia y sentido común, expresando que la ciencia es, en realidad, su fuente” (33) ya que antiguamente la ciencia se construyó a partir del sentido común. En este sentido, toda ciencia, descubrimiento, norma creada en un laboratorio o por un grupo de expertos, posteriormente se somete a un proceso de divulgación de “algo” que no es familiar a los individuos, en su vida cotidiana, en la que los individuos, poseen la frescura de la imaginación y el deseo de dar un sentido a la sociedad y al universo que les pertenecen(21). Y en la que lo lejano, lo extraño se empieza a ser familiar y lo invisible, perceptible(33). Al respecto, Moscovici menciona que los filósofos, después de mucho tiempo, comprendieron que toda representación es una representación de alguien. Dicho de otro modo, es una forma de conocimiento a través de la cual el que conoce se coloca dentro de lo que conoce(21).

La noción de RS, se ha diversificado a partir de Jodelet, Herzlich y Abric, alumnos y discípulos de Moscovici quienes han desarrollado variadas investigaciones acerca de las RS sobre cuerpo, salud y enfermedad. Denis Jodelet se refiere a las RS, como(33):

La manera como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras, el conocimiento “espontáneo”, “ingenuo” que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que

habitualmente se denomina conocimiento del sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc (p473).

Abric, parte de la teoría de RS planteada por Moscovici, y desde un enfoque experimental “dilucidó en particular los mecanismos que resultan del juego entre objetivación y anclaje en situaciones experimentales en las que se hace que los objetos se comporten de manera cooperativa o competitiva según las representaciones inducidas por el experimentador”(33). Para Abric, las RS “funcionan como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determina sus comportamientos o sus prácticas. Es una guía para la acción” (14) un aspecto importante para la comprensión de la realidad social de la discapacidad como un hecho social en la cotidianidad de un centro de salud.

Otro aporte del autor además de la descripción de las funciones de las RS, tiene que ver, con el análisis metodológico que surge a partir de considerar que, en las RS, además del núcleo, hay elementos periféricos conformados por esquemas que se ubican entre las representaciones y la realidad. Estos elementos forman parte del enfoque que Abric desarrolló para el análisis de las RS, y que se denomina Enfoque Estructural. Finalmente describe cuatro funciones de las RS: de saber, identitarias, de orientación de comportamientos, prácticas y justificadoras (14).

3.1.2.1 *Condiciones de emergencia de una Representación Social*

Una RS emerge cuando surge un fenómeno social que genera tensión y obliga a los individuos a exponer sus posturas, y a dialogar para encontrar soluciones a estas tensiones que se presentan y generan desequilibrios. Según Moscovici, se manifiestan determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador común el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos(21).

Parafraseando a Abric, no todo es RS, pues es objeto de representación social, un fenómeno que viene a cambiar parámetros de convivencia, es un reto, suscita discusiones y además es tema de trabajo para expertos, que darán líneas de acción, regulación, que posteriormente se convertirán en las líneas orientadoras(14).

Moscovici, tras su proceso investigativo concluye que son tres las condiciones de emergencia: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido.

Dispersión de la información. Según Moscovici, “la información que se tiene nunca es suficiente y por lo regular está desorganizada. En este sentido, los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso son, generalmente a la vez, insuficientes y superabundantes”(21). Es decir, nunca se posee toda la información necesaria o existente acerca de un objeto social que resulte relevante.

Focalización. De forma espontánea, un individuo o un grupo otorgan una atención específica a algunas zonas muy particulares del medio circundante y toma distancia a otras zonas del mismo medio. La distancia y el grado de implicación con relación al objeto social varían necesariamente(21). Al respecto, cobran valor los efectos de los juicios y opiniones.

Presión a la inferencia. En la vida corriente, las circunstancias y las relaciones sociales exigen del individuo o del grupo social que sea capaz, en todo momento, de actuar, de tomar una posición(21). Es decir, se debe estar en situación de responder, ante la demanda

de presiones que implica el ser social, capaz de dialogar, intercambiar ideas de forma rápida o inmediata, obviando la comprobación y por lo mismo un proceso cognoscitivo.

Estas tres condiciones de emergencia —dispersión de la información, grado de focalización y presión a la inferencia— constituyen la base que permite la aparición del proceso de formación de la representación social sobre discapacidad por parte del personal de salud de una ESE, lo que, en mayor o menor grado, al conjugarse hacen posible la génesis del esquema de la representación.

3.1.2.2 Dimensiones de la Representaciones Sociales

Moscovici, en su reflexión acerca de en qué sentido es social una representación; parte de una hipótesis en la que plantea, que cada universo de opiniones como clases, culturas o grupos existentes, constan de tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación que además se interrelacionan.

La información se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social(21). Esta dimensión no solo considera los conocimientos respecto a un tema, sino que, además, orienta la atención a las fuentes de información, consideradas por Moscovici como lugar de mediación de diferentes tipos de comunicaciones. Según Ibañez, T, “la información sobre los objetos representados varía notablemente, tanto de la calidad como de la cantidad”(34), así como de la facilidad o dificultad para el acceso a la información, que puede estar determinado por la pertenencia grupal y ubicación social, que juega un papel determinante en la formación de RS.

Otro aspecto para considerar en esta dimensión es el origen de la información, que puede darse por contacto directo con el objeto, y de las prácticas que se desarrollan en relación a él; o a través de la comunicación social(34); y que por lo mismo son muy diferentes. Respecto a la comunicación social que transmite una visión de la realidad, a través de medios masivos de comunicación que ejerce gran influencia y

transmiten valores, conocimiento, creencias y modelos de conductas o a través de la conversación día a día que “transmite las informaciones y se confirman las convenciones y los hábitos del grupo, sino que cada uno adquiere una competencia enciclopédica sobre el tema que es objeto de la discusión”(21).

El campo de representación, “remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación”(21), lo que deja entrever una organización y jerarquización de los elementos que constituyen la RS. El campo de representación se organiza en torno al núcleo figurativo que es construido en el proceso de objetivación, y “es el elemento más estable de la representación, el que garantiza la perennidad en contextos móviles y evolutivos” (14), es decir, la que más resiste al cambio. En otras palabras, Araya, S., se refiere al campo de representación como la dimensión más interesante y más original y quizás la más difícil de captar y que la teoría del esquema figurativo tiene importantes implicaciones para el cambio social(22), desde una postura conductivista, pragmática y darwinista.

Finalmente **la actitud**, acaba de describir la orientación de la persona en relación con el objeto de la RS. Según Jodelet, esta “puede ser positiva o negativa y guiar a la vez la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones, en relación con el objeto”(33). Para Ibáñez, la actitud es una disposición interna que “dinamiza y orienta decisivamente las conductas hacia el objeto representado, suscitando un conjunto de reacciones emocionales e implicando a las personas con mayor o menor intensidad”(34). Finalmente, es una dimensión independiente de la información y el campo representacional. Moscovici (21):

Deduce que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, primera desde el punto de vista genético. En consecuencia, es razonable concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada (p49).

3.1.2.3 *Dinámica de una Representación Social*

Moscovici, al estudiar cómo penetra en la sociedad el psicoanálisis, evidencio como una representación social se elabora de acuerdo con dos procesos fundamentales: la objetivación y el anclaje, resultado de la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio(33) Estos procesos explican el funcionamiento del pensamiento social junto con la integración de la novedad.

La objetivación “lleva a hacer real un esquema conceptual, a duplicar una imagen con una contrapartida material”(21). En este proceso se lleva a cabo el intercambio entre percepción y concepto, para hacer de lo abstracto una evidencia sensible, tangible; a través de una palabra, una imagen en la experiencia cotidiana. Moscovici, reflexiona sobre un “doble esfuerzo” implícito en la respuesta que se desprende en un individuo, frente a un estímulo.

El primero “se trata del salto en lo imaginario que transporta los elementos objetivos al medio cognoscitivo y le prepara un cambio fundamental de situación y de función”(21) para luego ser naturalizados y representados; el segundo es un esfuerzo de clasificación que responde una necesidad psicológica, para controlar la superabundancia de información, según un marco de referencia que la sociedad instituye. Jodelet, a partir de la investigación de Moscovici, describe tres fases en el proceso de objetivación: selección y descontextualización, formación de un núcleo figurativo y naturalización. En palabras de Roqueplo, la objetivación es similar a la vulgarización científica(33), ya que sigue las mismas fases.

Por otro lado, el proceso de **anclaje**, se entiende como la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad(21). Es decir, permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, por lo mismo permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares, tomando la ciencia como marco de referencia y en red de significados, permitiendo así disponer de aquello extraño o poco familiar. Finalmente referenciando a Amaya, “el anclaje y la objetivación sirven para guiar los comportamientos. La representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos”(22).

3.1.2.4 *Funciones de las Representaciones Sociales*

A partir de las conceptualizaciones de Abric, se destacan cuatro funciones de las RS: de saber, identitarias, de orientación de comportamientos y prácticas y justificadoras que las hace indispensables en la comprensión de la dinámica social.

1. **Funciones de saber:** permiten entender y explicar la realidad(14), y que en palabras de Moscovici es ese “saber del sentido común”, que a partir de los procesos cognitivos propios del individuo junto con sus valores y los propios de un grupo, le permite adquirir e integrar el conocimiento, necesario para comprender y asimilar la realidad existente, y demandante de respuesta por parte del individuo a través de la comunicación social, donde se da la transmisión, intercambio de experiencias y difusión. Abric, cita a Moscovici (1981), que hace referencia a ese esfuerzo permanente del hombre por entender y comunicar.
2. **Funciones identitarias:** definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos(14), una función importante ya que permite a los grupos obtener un espacio en la realidad social, desde sus normas y valores; y les permite a los mismos interactuar como colectividad o de forma individual desde sus características particulares, a partir de las cuales establecer comparaciones o ejercer control social.
3. **Funciones de orientación:** conducen los comportamientos y las prácticas(14), ya que las RS, son una guía para la acción. Por lo mismo, juega un papel importante en la implementación de prácticas ante fenómenos que impliquen transformaciones y/o cambios en el comportamiento. Abric, expone que la representación (representación de sí, representación de su grupo o del otro grupo) determina tanto el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto, así como la gestión cognitiva que se adoptara. Por otro lado, la representación produce además un sistema de anticipaciones y expectativas, que precede y determina la interacción, por lo que filtran la información y plantea conclusiones previas a la acción. Finalmente, la representación refleja la naturaleza de las reglas y de los lazos sociales, previos a la acción.

4. **Funciones justificadoras:** permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos(14), ya que las RS se presentan también luego de la acción, y dependen y evolucionan según el tipo de relación adoptado respecto a otro grupo. Al respecto, se favorece la diferenciación social, que en algunas ocasiones genera discriminación como en el caso de los estereotipos o mantiene la distancia social en palabras de Abric. El mismo autor, menciona que este aspecto permite estudiar la relación entre representaciones y prácticas, en el que la representación es determinada por la práctica de las relaciones(14).

En síntesis, las RS facilitan la comprensión de los hechos sociales, que para esta investigación es la discapacidad, desde una identidad como grupo y ante otros grupos, como son el personal de salud participante.

3.1.3 Representaciones sociales y discapacidad

En la búsqueda en las diferentes bases de datos sobre representaciones sociales y discapacidad, desde 2005 en adelante, la teoría de las RS ha suscitado diferentes investigaciones que ratifican el interés de analizar los fenómenos sociales. Respecto a discapacidad, la reflexión y el debate sobre el significado social de la misma se centran en las interacciones entre los grupos, en la relación del hombre con su contexto, que en el marco de la CIF corresponden a los factores personales y ambientales.

El estudio de Sartori M, aborda las representaciones sobre discapacidad y educación especial, como resultado de un proceso investigativo de diez años, concluyó que los docentes, al “objetivar la problemática de las representaciones sociales acerca de la discapacidad y necesidades educativas especiales, enfatizaron la necesidad de acceder a formación y capacitación docente en torno a dicha temática”(16). En síntesis, los docentes mencionan que se requiere, un cambio de actitud basado en los valores, la ética y la vocación, sensibilización más allá de mera conceptualización necesaria y que debe incorporarse en los procesos de formación, ya que es donde están las falencias más grandes. La universidad debe facilitar espacios de reflexión frente al tema, así mismo promover la

investigación y una política de inclusión, con los respectivos ajustes razonables que implica.

Otro estudio realizado por Vidarte JA, Avendaño K, aborda las RS y discapacidad en profesionales en medicina, enfermería, fisioterapia y fonoaudiología, en la ciudad de Cartagena. Tras los resultados, visualizan una marcada perspectiva orientada a ver a la persona desde el funcionamiento – discapacidad; en este sentido aún se mantiene una concepción instrumentalista y médico asistencial(35) de la discapacidad por parte de quienes participaron en el estudio.

Vargas, D indaga las RS sobre discapacidad de los miembros de los concejos locales de discapacidad en Bogotá, encontrando que los participantes se encuentran en una transición en cuanto está presente la idea tradicional de comprensión de la discapacidad bajo concepciones negativas de la persona y de la sociedad; lo que ha generado trato negativo visible en diferentes escenarios, por lo que plantean la importancia de generar unos ejes para la acción que permitan la reformulación de la concepción hacia la discapacidad, centrado en el contacto con la población(36).

Scharagrodsky en el desarrollo de su tesis sobre RS sobre discapacidad y trabajo, aborda las articulaciones y transformaciones que las inclusiones en un empleo competitivo formal público promueven en dichas representaciones de las PCD incluidas en Vialidad en 2010, en el marco de la política pública de promoción de empleo “SeCLaS” (2010-2015). Sostienen que el ingreso a un empleo competitivo formal habilita la construcción de transformaciones representacionales en quienes acceden al mismo y en quienes interactúan en dicho escenario a favor de la inclusión social(37).

Marchesi & Martin (38), citado por Soto B, Vasco C (p18,19,20), hacen un análisis de la evolución conceptual y de las representaciones, enfocando la atención en la diversidad del ser humano, y que, en el ámbito educativo, plantea el reto de que “todos los alumnos, sin ningún tipo de discriminación, consigan, el mayor desarrollo posible de sus capacidades personales, sociales e intelectuales”. Finalmente, los autores concluyen, que se necesita es

un renacimiento en el pensamiento y practica educativa, que se funda en la aceptación de la diferencia valorada desde un nuevo sentido de la diversidad(20).

En Neiva, Rodriguez et al, analizan las RS sobre discapacidad con tres grupos diferentes, PCD, profesionales de la salud que abordan PCD y personas que se han mantenido al margen de la discapacidad. El enfoque de la investigación fue cualitativo. En los resultados se evidencia fallas en la reinclusión y rehabilitación de las PCD debido a la discapacidad en sí misma y no al ambiente excluyente para las PCD. Abordan como es la experiencia de vivir con discapacidad, y se analiza desde el proceso de objetivación y anclaje, en donde la discapacidad deja de ser extraña. En cuanto a los profesionales de la salud y personas que no tienen discapacidad es vista como un problema, como una situación que busca revertirse, por lo que persiste aun en las PCD la percepción de discapacidad desde el modelo médico, lo que repercute en la elaboración del duelo que implica una situación de discapacidad. (39).

Otro estudio realizado por Rojas-Malpica C, Díaz J, cuyo objetivo fue abordar las RS de la discapacidad de estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo, la relacionan con enfermedad, inutilidad, tragedia, maleficios y lástima, entre otros. Y evidencian además que el discurso biomédico de la modernidad no parece haber permeado a los sectores populares. Recomiendan una evaluación personal y cultural de cada caso al constatar la diversidad de RS de las discapacidades(40).

Rodríguez I, Núñez A, Bulla J et al, describe y comprende las RS hacia las PCD de la comunidad estudiantil de la Universidad privada de la ciudad de Ibagué, encontrando que los estudiantes presentan actitudes más favorables cuando han tenido contacto con PCD. Los autores destacan la importancia de promover el contacto con PCD para cambiar RS excluyentes y discriminativas, a través de acciones colectivas y solidarias junto a PcD. Para el estudio aplicaron la Escala de actitudes hacia las PCD de Verdugo, Arias y Jenaro (1995) y emplearon tres grupos focales mixtos y observacionales, identificando seis categorías de análisis, entre estas; autodeterminación, derechos, necesidad de ayuda, espíritu de superación y esfuerzo, oportunidades y barreras(41).

Fernández-Cid M, reflexiona sobre el proceso de conformación de las RS en torno a la discapacidad/diversidad y sus sujetos, de los procesos de objetivación y anclaje acerca del

término etiqueta, haciendo énfasis en que procuran que algo/alguien se visibilice por ciertas características que de forma inconsciente, excluyen, y generan esas cadenas valorativas que favorecen la conformación de estereotipos que posteriormente, refuerzan la discriminación, debido al marcaje de las diferencias(42).

3.2 DISCAPACIDAD

En este apartado los conceptos fundantes de la investigación respecto a discapacidad se enmarcan en la evolución conceptual a partir de los modelos teóricos tradicionales y el modelo biopsicosocial adoptado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF, así como en la dignidad de la persona humana a partir de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos y la Constitución Colombiana, así mismo se revisara el marco legislativo y finalmente la situación actual a nivel mundial y nacional, adoptando la CIF como referente teórico para medir la discapacidad, implementada hoy a través de la resolución 00583 de 2018.

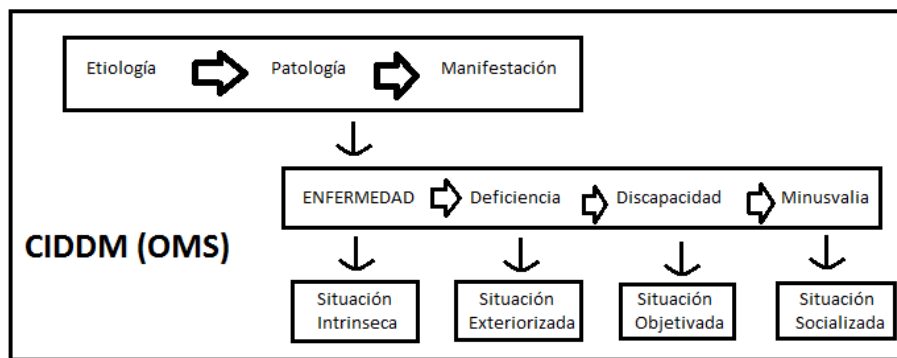
3.2.1 Concepto de discapacidad.

La discapacidad es tan antigua como el cuerpo humano(16) y tanto la concepción como la terminología empleada fueron surgiendo y cambiando con el devenir de la historia; inicialmente no se empleaba la palabra discapacidad, y muchos y muy variados han sido los sujetos considerados diferentes. Pero, [...] siempre han recibido tal consideración aquellos que estaban afectados por alguna deficiencia, discapacidad y/o minusvalía(43) en este caso no se establece diferencia entre los términos interpretándolos como una desviación negativa respecto a un patrón de normalidad, aunque, todo depende de la utilidad de la palabra normal, sin embargo, la idea de normalidad se encuentra íntimamente relacionada con las representaciones acerca de lo que es correcto, lo que es deseable y sobre el significado de pertenecer, implica aquello que es promedio dentro de cualquier estructura social(44).

El Banco Mundial, concluyo que “casi todas las personas tendrán una discapacidad temporal o permanente en algún momento de sus vidas, y los que sobrevivan y lleguen a la vejez experimentarán cada vez más dificultades de funcionamiento”(6). Es así como se evidencia un cambio de perspectiva a partir de las clasificaciones que publicó la OMS, enfocando la atención hacia la dificultad en el funcionamiento y no en la deficiencia de una persona y catalogándola como positiva o negativa.

Inicialmente en 1980 se publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), que se caracterizó por superar la clásica definición de enfermedad y proponer una secuencia de conceptos sobre las consecuencias de la enfermedad, haciendo la diferencia en el ámbito personal y social con los conceptos discapacidad y minusvalía. Esta secuencia implicó además una cuestionada relación unidireccional condicional y por ende una perspectiva negativa centrada aún en la enfermedad. Figura 1.

Figura 1 Relación enfermedad y discapacidad según la CIDDDM



Fuente: CIDDDM (OMS) (1980)

En esta perspectiva se entiende la enfermedad como una situación intrínseca que se exterioriza como una deficiencia de una estructura o función, la que se objetiviza en el sujeto y repercute en su capacidad para realizar actividades en términos considerados normales para cualquier sujeto, y se denominó discapacidad; dichas consecuencias de la enfermedad generaron en la persona una problemática que

afectó el desempeño del rol social que le es propio, es decir; la socialización de la problemática y que se denominó minusvalía. Es así como la OMS abordó los ámbitos de las consecuencias de la enfermedad haciendo la diferencia de los conceptos deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Dentro de la experiencia de la salud la OMS en la CIDDM define de forma operativa **Deficiencia** como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica(45), **Discapacidad** como 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 un ser humano(45) y **Minusvalía** como una situación desventajosa para un individuo determinado consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales)(45).

Las anteriores definiciones dejan entrever el propósito de la OMS a través de la CIDDM de alejar la mirada de la persona como el origen del problema, y evitar la sustantivación generada al nombrarlas por la deficiencia, ya que la persona que tiene una deficiencia experimenta una situación diferente en el ámbito biológico, personal como en el social; en este último juega un papel importante la respuesta de la sociedad, ya que aquí se genera el problema principalmente, es decir; la persona es aceptada a razón de su dignidad como persona, o por el contrario excluida.

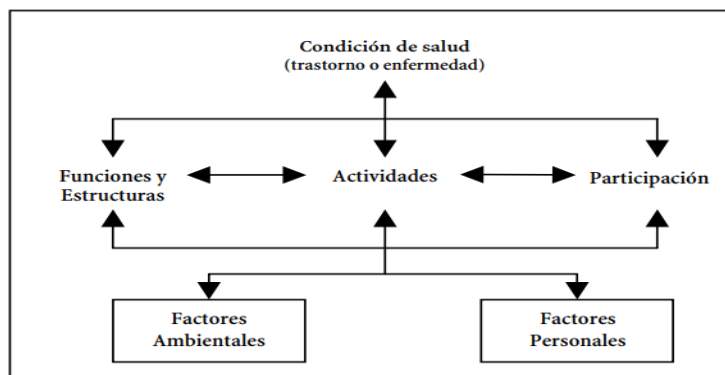
Posteriormente, entre 1996 y 1999 se generaron tres borradores denominados alfa, beta 1 y 2 respectivamente. El primero como una “nueva versión de la CIDDM, que utilizará, de momento, las siglas CIDDM-2” el segundo, con el nombre de “Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividades y Participación” (con versión en español) y el tercero con el nombre de «Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad» (con versión en castellano). Ya en el 2000 se continúan presentando borradores sobre el beta 2 y como ajuste se añade el termino

salud, para en 2001 en el marco de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS aprobar el borrador pre-final. Durante este año se adopta el nombre definitivo con sus siglas CIF(45).

Es así como tras, veintiún años de revisión, la OMS publica una nueva clasificación denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud – CIF, que fue aceptada por 191 países como patrón internacional para “describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud”(16), y así mismo establecer las normas relativas a la información(6) ya que favorece la adopción de un lenguaje positivo estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente(46). Esta clasificación concibe el Funcionamiento y la discapacidad como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc) y los factores contextuales(47), y hace visible la discapacidad como algo que “no es ni puramente medico ni puramente social”(6), como correspondió a los modelos médico y social por separado, sino que se enmarca en el modelo biopsicosocial.

El esquema de la CIF responde con múltiples interacciones entre sus dimensiones y áreas, lejos de llegar a establecer un proceso causal.

Figura 2 Interacciones entre los componentes de la CIF

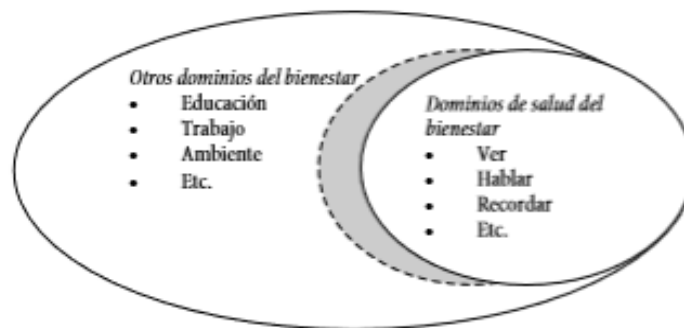


Fuente: CIF (OMS,2001)

El esquema está encabezado por una “**Condición de salud**” que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. La clasificación, enfatiza en que una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10(48). El esquema evidencia la dinámica del **Funcionamiento** que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)(48).

La CIF, se postula en un marco de “**Bienestar**”, que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”. Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana. Figura 3.

Figura 3 El Universo del “bienestar” según la CIF



Fuente: CIF (OMS,2001)

Es así como a partir de esta conceptualización de bienestar y funcionamiento planteada por la OMS (2001), se entiende el estado de salud como el nivel de

funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud” de la CIF⁹”. En este sentido, teniendo en cuenta que los términos de la clasificación CIDDM, fuera del ámbito científico se emplean frecuentemente como sinónimos, la CIF es muy clara y precisa, en la definición de los términos que se emplean, con el propósito de evitar ambigüedades como es el caso de la palabra discapacidad que en la CIDDM también se definió y en la CIF corresponde a la definición de limitación en la actividad, pero no significan lo mismo.

Esta clasificación¹⁰ adopta una nueva estructura y organiza la información en dos partes¹¹, las que se subdividen en componentes¹² y estos en constructos¹³/calificadores. La parte uno considera el Funcionamiento y Discapacidad a través de sus componentes Estructuras¹⁴ y Funciones¹⁵, Actividades¹⁶ y participación¹⁷. La parte dos aborda los Factores Contextuales¹⁸, y al igual que la parte anterior se subdivide en Factores Ambientales y Personales como sus componentes. Es así como finalmente la CIF, define **Discapacidad** como

⁹ indican áreas de la vida que incluimos en el concepto de “salud”, como aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud, se consideran como su responsabilidad prioritaria.

¹⁰ Clasificación es el todo el universo y estructura global de la CIF. En un orden jerárquico, éste es el término de máximo nivel.

¹¹ Partes de la clasificación son sus dos grandes subdivisiones.

¹² Componentes son cada una de las dos subdivisiones principales de las Partes.

¹³ “Constructos” son definidos a través del uso de calificadores con puntuaciones relevantes.

¹⁴ **Estructuras corporales** son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales. El estándar empleado para valorar estas estructuras es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

¹⁵ **Funciones corporales** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. Con “cuerpo” nos referimos al organismo humano como un todo, y por tanto se incluye la mente en la definición. Por ello, las funciones mentales (o psicológicas) están incluidas dentro de las funciones corporales. El estándar empleado para valorar estas funciones es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

¹⁶ **Actividad** es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

¹⁷ **Participación** es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

¹⁸ **Factores Contextuales** son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo

un término genérico que incluye déficits¹⁹, limitaciones en la actividad²⁰ y restricciones²¹ 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).

En suma, el resultado más significativo que trajo la CIF son “los cambios en el modo de pensar sobre las personas con discapacidad y los servicios y apoyos que se les proveen”(49) ya que permite que las personas no sean caracterizadas o estigmatizadas sobre la base de sus deficiencias, limitaciones o restricciones. Así mismo, este cambio en la forma de pensar, se ha hecho tangible en el cambio de lenguaje y normatividad; lo que empezó a marcar la ruta para favorecer el goce de los derechos de las personas con discapacidad, en un entorno social donde los “seres humanos tenemos la tendencia, probada científicamente de ir más allá de la información que recibimos, conformando una imagen que mezcla la realidad percibida y nuestros instrumentos de catalogación e interpretación de la realidad, estos son, los estereotipos y prejuicios”(50).

Cuatro años más tarde en 2006, se realizó la Convención de los Derechos de las PCD, donde se reconoce que la discapacidad es un “concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”(51), concepto que refleja la transformación que implico la

¹⁹ **Deficiencia** es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

²⁰ **Limitaciones en la actividad** son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en términos de cantidad o calidad, en la realización de la en que se espera que realice una persona sin esa condición de salud.

²¹ **Restricciones en la participación** son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad

adopción universal de la clasificación CIF y el cambio de perspectiva bio-psico-social, de derechos y diversidad, reconociendo la “diversidad de las personas con discapacidad” y “que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano”(51).

Retomando lo anterior, en la medida que el concepto ha cambiado con el devenir de la historia, los términos usados para referirse a las PCD como hoy se denomina, enfoca la atención en la dignidad de la persona influenciado por las corrientes conceptuales expuestas, que concuerdan en el carácter relacional entre las deficiencias existentes en el cuerpo y su relación con el entorno(4); lejos de la concepción como condición a curar, a completar o reparar: ya que es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo)(52). En este orden de ideas, cobra importancia el entorno como facilitador para garantizar la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás(51).

Al respecto, Colombia, en la ley 1346 de 2009 define personas con discapacidad, como aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Finalmente, como afirma el Banco Mundial 2011, la discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de discrepancia, razón por la que comprender la representación social de la misma se convierte en requisito para garantizar el propósito de la convención, a razón de la dignidad humana que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, “considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”(53).

3.2.2 Modelos teóricos y referente histórico.

Los modelos teóricos acerca de la discapacidad fueron surgiendo, como una respuesta a la diferencia o a la desviación de tipo físico, mental, sensorial, entre otras. Al respecto, existen varios modelos teóricos sobre discapacidad, cada modelo puede aportar una perspectiva útil sobre la discapacidad en un determinado contexto(54) este hecho, puede reflejar la

naturaleza multifacética de la discapacidad. Pfeiffer (55), citando por Mitra S(54 p236), señala que muchos académicos de la discapacidad reconocen que ningún modelo es único para explicar totalmente la discapacidad. Sobre lo anterior Aguado A, en su libro Historia de las Deficiencias, plantea que (43):

Cada sociedad tiene en cada momento histórico unas determinadas necesidades y unos valores sociales (contexto social), en función de los cuales se establece lo que es adecuado socialmente y lo que resulta inadecuado (diferencia), unos encargados (expertos) que precisan la forma de distinguir (criterios de selección) a los sujetos (diferentes), el calificativo con que se les ha de reconocer (terminología), la función que han de desempeñar en la sociedad (papel social) y el trato que se les ha de otorgar (tratamiento) (p20).

En este sentido, cobra gran importancia la revisión de los modelos teóricos a través de la historia. Iniciando con la edad antigua o clásica, en los años 4000 a de C con el nacimiento de la escritura en las cuatro grandes civilizaciones que se distinguió además por las religiones politeístas, las clases sociales hereditarias y la aparición de las primeras leyes(56). Esta época que fue bastante extensa y finalizó con la caída del Imperio romano de occidente en el año 476 d.C., se caracterizó por prescindir de la persona con discapacidad a través de la eliminación y la marginación, dando lugar al **Modelo teórico de Prescindencia**(44).

El submodelo eugenésico, considera a la PCD como una carga, sin nada para aportar a la sociedad y como una vida que no merece la pena. Palacios A (2008) citando a Garland, R. destaca la costumbre de eliminar a las niñas y niños con discapacidad congénita, no solo por razones religiosas, sino también por razones prácticas, ya que criar a tales niños era económicamente pesado y extremadamente improductivo(44). La eliminación como

tratamiento; indicado por Aristóteles²², Sócrates²³, Platón y empleada en Esparta, Atenas y los romanos, evidencia un rasgo utilitarista.

El cristianismo durante la Edad Media que inicia con la caída del imperio romano, garantizó el respeto a la vida de la PCD, mediante el edicto contra el infanticidio; aun así, al formar parte de los marginados, no contaban con las mismas oportunidades que el resto de la sociedad para vivir con dignidad, sino para sobrevivir excluidos de los servicios y cuidados básicos, característica principal del **submodelo de marginación**, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlas objeto de maleficios o la advertencia de un peligro inminente(44).

Este panorama de marginación, abandono, burla, esclavitud y mendicidad, favoreció la creación de asilos y orfanatos, donde se prestaba atención básica, lo que en algunos casos no fue suficiente para la gravedad de las complicaciones de la persona con discapacidad y ocasionaba su posterior fallecimiento. Este aspecto favoreció que en la época medieval: (57)

Se construyeran los primeros hospitales, pues se necesitaba asistir a un gran número de personas con algún tipo de discapacidad debido a las cruzadas, las invasiones y las grandes epidemias del momento. La Iglesia les da asilo convirtiendo sus instalaciones en hospitales y centros, y dando algo de comer a quien estuviera en absoluta precariedad (p7).

Esta época finaliza con la caída del imperio Romano de Oriente, el descubrimiento de América, la imprenta, y la crisis del feudalismo dando origen a la Edad Moderna, que integran una nueva forma de entender la discapacidad en clave científica. A partir de la “Primera Guerra Mundial, muchos hombres resultaron heridos de por vida, siendo denominados mutilados de guerra, a fin de distinguirlos de aquellos discapacitados por

²² “En cuanto a la exposición o crianza de los hijos, debe ordenarse que no se críe a ninguno defectuoso”.

²³ Sócrates aconseja a su interlocutor a inspeccionar a su descendencia desde cada ángulo a fin de estar seguro de que no está siendo defraudado por un fantasma inanimado que no valga la pena criar.

accidentes laborales”(44). Al respecto se hace evidente la pérdida de una estructura o función a remplazar y/o rehabilitar.

El Modelo Medico-rehabilitador, se consolida a inicios del siglo XX(44), posterior a la Primera y Segunda Guerra Mundial que potenciaron los servicios de rehabilitación(43). Este modelo destaca la “perdida, el déficit o las discapacidades personales, con lo que contribuye al modelo de la dependencia de la discapacidad”(16), considera la “discapacidad como un problema de la persona que es causada directamente por una enfermedad, una lesión, o alguna otra condición de salud y requiere atención médica en la forma de tratamiento y rehabilitación”(54). Dicho de otro modo, la discapacidad implicaba una tragedia personal para las personas afectadas y un problema para el resto de la sociedad(44), por lo mismo requerían cuidados básicos de sus familias o de instituciones creadas para estos fines específicos.

En este sentido, la respuesta de la sociedad, fue continuar con la institucionalización de las PCD, para garantizar la rehabilitación y normalización de la persona por un grupo de expertos y por parte del estado de las que hasta entonces estaban en manos de la iglesia debido a la ruptura de la unidad religiosa de la Edad Media que generó un amplio espectro de conflictos de índole políticos y sociales(43). Es de rescatar en esta época la continuidad de la espiritualidad cristiana y el surgimiento del humanismo frente a la existencia de la pobreza y la necesidad de integrar a las PCD a la sociedad.

Modelo Social. Surge en Estados Unidos e Inglaterra a finales de la década de los años sesenta del siglo XX(44), como una elaboración teórica, resultado de las luchas de activistas con discapacidad. Al respecto, importa la respuesta de la sociedad, capaz de aceptar la diferencia y equiparar oportunidades para garantizar la participación. Oliver, además de cuestionar la respuesta del modelo médico, como única explicación a la discapacidad, introduce el análisis de la respuesta de la sociedad, que desde una visión capitalista, presenta como “la opresión que ejerce la sociedad, más que de las limitaciones de los individuos” (58).

Este modelo considera por un lado que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales, y que las personas con discapacidad aportan a la sociedad(44). Es a través de este modelo, que se tiene en cuenta el contexto social; es así como las soluciones en el marco de rehabilitación y normalización, se orientan a acoger el término de diseño universal y accesibilidad para todos. De esta forma, se resalta el valor de la persona, por su dignidad inherente, lo que implica el respeto por la vida de las personas con discapacidad, por su familia, comunidad y legislación existente. Lo contrario sucede, cuando desde una corriente radical de lucha, trasladada a las personas con discapacidad, se pretende negar la realidad de pérdida evidente en la discapacidad y las soluciones se orientan únicamente fuera de la persona. Este último aspecto, es característico de una ideología.

Al respecto, llama la atención, como en muchos países, la legislación ha aprobado el aborto, como una medida preventiva, siendo, por el contrario, una medida de eliminación característica del modelo de Prescindencia. Como postula Palacios A, (44)

“desde la filosofía defendida por el modelo social podría alegarse que existe una gran incoherencia en el discurso, ya que si se considera que la vida de las personas con discapacidad es igualmente digna que la del resto de personas —en los casos en que se sostiene que se está hablando de personas— no debería permitirse el aborto en razón de la diversidad funcional²⁴(p127).

Otro aspecto a resaltar de este modelo es la apreciación de Oliver citado por Palacios, sobre el replanteamiento de la noción de independencia. Según este autor “la vida independiente no solo debe incluir la calidad de las tareas físicas que las personas con discapacidad pueden realizar, sino más bien la calidad de vida que pueden llevar” (44). Aunque en este aspecto, Oliver está asociando dos aspectos que se originan en planos diferentes, uno objetivo y otro subjetivo. En este sentido, la discapacidad, no se puede desligar de la

²⁴ Diversidad funcional: discapacidad

objetividad de la realidad, de lo contrario pasaría a ser un idealismo, característico del racionalismo cartesiano.

Ante el panorama en oposición entre el modelo médico y social, la visión integradora hacia la discapacidad, toma forma en el **Modelo biopsicosocial**, o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (cuerpo), el individual (pensamientos, emociones, conducta), así como los factores sociales desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una condición de salud o discapacidad. En este sentido el análisis se hace a partir de la interacción de estos factores, para orientar la intervención y retirar la mirada centra en la persona como causa de la discapacidad, tal como históricamente se había presentado, aun a pesar de los desarrollos científicos en salud.

3.2.3 Situación Actual de la Discapacidad.

La cifra de la discapacidad está determinada por un lado, a medida que cambien las características demográficas de las sociedades y aumente la cantidad de personas que llegan a la vejez(59), por otro en la medida que se adopte la CIF como referente teórico para medir la discapacidad, ya que este es un factor determinantes, pues no es lo mismo la deficiencia como en algunos países se puede tomar en los diferentes registros estadísticos.

El Banco Mundial en 2011 estimó la prevalencia a partir de Encuesta Mundial de Salud de la OMS para el periodo comprendido entre 2002 y 2004, que incluye 59 países, y la versión actualizada en 2004 del estudio de la OMS titulado «Carga Mundial de Morbilidad» y concluye que “más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad en el mundo”, es decir 15% de la población mundial, cifra superior al 10% previamente estimado por la OMS en 1970. El alza en esta cifra está relacionado al envejecimiento de la población y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales(7). Lo anterior lo corrobora la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al mencionar que el

“87% de los casos de discapacidad, se adquieren después del nacimiento y están además íntimamente relacionados con la pobreza”(60).

En cuanto a la tendencia en las condiciones de salud asociadas a la discapacidad, el informe en mención, presenta un panorama complejo en el que los factores de riesgo varían según el grupo etario y socioeconómico, entre las que se analizan las enfermedades infecciosas y las condiciones crónicas, de las cuales se estima que representa el 9% y el 66,5% de los años de vida con discapacidad- AVD²⁵ en los países de ingreso bajo y mediano, respectivamente. En cuanto a lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito representan el 1,7% de todos los AVD, y la violencia y el conflicto representa otro 1,4%(6). Sin embargo, esta forma de estimar la discapacidad, sin tener en cuenta los factores ambientales, es contraria al modelo biopsicosocial que enmarca la CIF y la actual concepción de la discapacidad, ya que existe una enorme variabilidad en la experiencia de la discapacidad, como un aspecto cualitativo en el que interesa conocer las RS implicadas en la categoría discapacidad.

Para el caso Colombiano publicaciones demográficas oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) inician desde 1993, año en que el país utilizó una pregunta para el censo con el tipo de enfoque de deficiencias, registrando una baja tasa de incidencia del 1,85%, sobre el total de la población(61). Posteriormente, tras la evolución conceptual y adopción de la CIF en la estructuración de la pregunta para identificar discapacidad; para 2005 captó a 2.624.898 (6,1%) personas que refirieron tener alguna discapacidad(62), finalmente en el censo realizado en 2018, “hay 3.134.036 personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias, de las cuales 1.784.372

²⁵ AVD: abarcan un conjunto de dominios básicos de la salud, entre ellos, movilidad, destreza, factores emocionales, dolor, funciones cognitivas, vista, oído. Procura cuantificar el estado funcional de las personas en términos de sus capacidades y no se tienen en cuenta los factores ambientales.

reportaron tener dificultades en los niveles de mayor severidad (1 y 2) en la escala del Grupo de Washington (WG por sus siglas en inglés)”(63).

Desde el año 2002 a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD, se han identificado 1´435.689 personas con discapacidad, es decir, el 3% de la población colombiana, de los cuales se “evidencia que las condiciones de acceso, permanencia y promoción en los sistemas de atención integral en salud, protección, generación de empleo y trabajo, educación, entre otros; son insuficientes”(3)

De acuerdo con el registro nacional, las personas con discapacidad demandan servicios de salud, que para el año 2016 representó el 42% (573.493) de las PCD en el RLCPD; de ellas, el 55%(320.408) eran mayores de 55 años (62)similar a lo descrito en el Informe Mundial de Discapacidad(2011), lo que evidencia una acumulación de riesgos de salud a lo largo de la vida: enfermedades, lesiones y enfermedades crónicas, y representa por lo mismo, una necesidad en salud desde la Promoción y la Protección Específica. La cobertura en salud está distribuida un 69% en el régimen subsidiado y un 31 % de régimen contributivo y 1% régimen de excepción.

El registro reporta, además, que solo el 40% de las personas registradas habita en una vivienda propia, seguido del 20% que no paga arriendo porque la vivienda es familiar. En términos de educación y empleo, destaca la tasa de analfabetismo del 35% y el reducido porcentaje de PCD laborando al momento de hacer el registro, representado por el 12%. Respecto a rehabilitación (fisioterapia), solo el 36% ha conseguido asistir debido principalmente a la falta de dinero o a que el servicio no fue autorizado por el asegurador. Finalmente, frente al 40% de las personas que requieren ayuda para desarrollar actividades de la vida diaria, el 87% reciben ayuda de algún familiar, que en su mayoría es una mujer(62).

Estas cifras evidencian los desfavorables resultados a nivel nacional, que requiere como lo menciona el informe Mundial sobre Discapacidad 2011, el compromiso del país al abordar los obstáculos que enfrentan las PCD, de lo contrario; se generará mayor riesgo de exclusión, pobreza, menor desarrollo, así como menor tasa global de participación-TGP,

entre otros, como se evidencia en la Política Nacional de Discapacidad donde la participación corresponde al 40,9% de la población con discapacidad(3).

Continuando con el análisis del RLCPD, para el departamento de Nariño se cuenta con 61,248 personas con discapacidad registradas, el comportamiento es similar al nacional, con la peculiaridad de que es un departamento que forma parte de los territorios que presenta mayor número de personas registradas. Según esta misma fuente, el municipio de la Unión registra 667 PCD cuya distribución por sexo es similar entre hombres y mujeres con 50.7% y 49.3% respectivamente; la edad promedio de la población es de 52 años (Mínimo: 2 años Máximo: 106 años) y la distribución por zona geográfica reporta que el 54% de la población vive en zona rural, de ellos el 46% habita en zona rural dispersa. En atención a la distribución geográfica, la Política Publica Departamental de Nariño-PPDN- identifica como problemáticas la dificultad para la movilización en espacios públicos y en el uso de servicio público de transporte y barreras de accesibilidad en cuanto a movilidad (64)

Respecto a salud, los datos obtenidos del RLCPD reportan que el 46% de las PCD registradas consideran que ha sido oportunamente diagnostica y así mismo que el 26% de las PCD ha recibido orientación acerca del manejo adecuado de la discapacidad. En cuanto a la atención en salud durante el último año, el 75% de las PCD, recibieron atención general en salud y el 23% por razón de su discapacidad; al respecto, gozar de buena salud es condición previa para poder participar en una gran variedad de actividades. Contrastando esta información con las problemáticas identificadas en salud en la PPDN, se evidencia incremento de enfermedades, deterioro de la salud, problemas de salud mental, atención inoportuna en salud y depresión (64).

Con relación a rehabilitación, los datos reportan que, al momento de realizar el registro, el 21% de las PCD hacen uso del servicio de medicamentos permanentes como principal forma de rehabilitación, seguida de fisioterapia, medicina física, fonoaudiología, entre otras y se relaciona a problemáticas como la agudización de la discapacidad, inexistencia de programas de rehabilitación integral y el incremento del riesgo para adquirir mayores discapacidades (64), identificadas en la PPDN. Así mismo, el registro reporta que la

adhesión al tratamiento con medicamentos, es mayor que en el caso de ayudas técnicas y prótesis, en los que la percepción de necesitar el aditamento por parte de la PCD, sobrepasa lo ordenado por el profesional, así como el empleo o el uso de la ayuda técnica y prótesis principalmente, de hecho, en la PPDN se identificó como problemática, el deterioro y mal uso de las ayudas técnicas (64).

Finalmente, en este apartado, otro aspecto a tener en cuenta está relacionado con la necesidad de ayuda permanente para la realización de las Actividades de la Vida Diaria- AVD, en este sentido el 91,6% de las PCD registradas requieren este tipo de ayuda lo que muestra un bajo nivel de independencia funcional y el cuidador en el 59,6% de los casos, es un miembro del hogar, que en su mayoría es una mujer con un 56% frente al hombre con 7,2% respectivamente, lo que representa la pérdida de oportunidades socioeconómicas ante el costo adicional de asistencia que genera pobreza, mendicidad, exclusión en actividades culturales y deportivas, discriminación social y familiar y desintegración familiar, entre otros (64).

En cuanto al nivel educativo, el 56% de la población es analfabeta, el 41% ha realizado primaria y solo el 7% secundaria, debido principalmente a su discapacidad, a que no está en edad escolar o a los costos educativos; lo que muestra los mayores obstáculos que enfrenta esta población para formarse y acumular capital humano (3). Respecto a participación, la familia representa el grupo de mayor soporte y espacio de participación en un 60%, seguido de las actividades religiosas y en la comunidad con un 45% y 30% respectivamente. Esto evidencia la participación limitada, principalmente en actividades productivas, deportivas, culturales ciudadanas, no formales, entre otras, con un promedio de participación del 7%.

Finalmente, respecto a la pregunta que ha estado realizando la PCD los últimos meses, solo el 4% ha estado trabajando, porcentaje tres veces por debajo del reporte nacional que corresponde al 12%; lo que representa una desventaja significativa en el mercado laboral y una “mayor tasa de privaciones como inseguridad alimentaria, salud y seguridad social, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad” (7). Esta problemática se visibiliza en la política Pública

departamental como mendicidad, desempleo, explotación laboral, pobreza, bajos ingresos económicos e incremento de las necesidades básicas insatisfechas (64)

3.2.4 Discapacidad y legislación.

A medida que los modelos teóricos han ido evolucionando y variando las intervenciones a las poblaciones, se van sentando las leyes que obligan a transformaciones a través de respuestas políticas y legislativas. En este apartado se evidencia cómo respecto a legislación se ha producido un cambio notable en la representación de las PCD: pasando de manera progresiva de la representación que las consideraba como objeto de atención especial y normalización, según el discurso de rehabilitación, a la vinculada al discurso de autonomía personal, que las considera plenamente como sujetos de derechos (65).

3.2.4.1 Ámbito internacional.

En la última década se ha generado un paulatino cambio de paradigma. Este proceso de transición del enfoque de salud al de derechos humanos 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 en 1993(2) y surge a la par con el cambio conceptual e instrumental de la OMS en 1980 con la CIDDM y en 2001 con la CIF adoptando una posición neutral en relación con la etiología, ya que paso de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” a una clasificación de “componentes de salud”(47). Posteriormente en 2006, la ONU aprueba tras el no alcance de los objetivos propuestos, 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 (6).

Programa de Acción Mundial para las PCD (1981). El año de 1981 fue declarado por Naciones Unidas como el año Internacional de los Impedidos, a partir del cual se formuló el programa de Acción Mundial y se adoptó por las Naciones Unidas en 1982, para una década entre 1983 y 1992; con el propósito de promover las medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de “igualdad” y de

“plena participación” de las PCD en la vida social y en el desarrollo. Surge en el marco de la CIDD, tiene como antecedentes los de esta clasificación y brinda estrategias en el ámbito nacional e internacional para la prevención²⁶, rehabilitación²⁷ y equiparación de oportunidades²⁸. La estructura del programa se plantea en 3 partes determinadas por objetivos, antecedentes y conceptos; situación actual y ejecución del programa.

El programa aborda aspectos que favorecen la equiparación de oportunidades como educación, empleo, recreo, cultura, religión, deportes, entre otros. En el apartado de cuestiones sociales, frente a la atención de personal profesional, menciona que es frecuente que este personal “no se dé cuenta del potencial de participación que pueden tener las personas con discapacidad en la vida social normal y, por consiguiente, no ayudan a integrarlas en otros grupos sociales(66).” En cuanto a formación del personal, propone servicios centrados en la comunidad para la detección temprana de deficiencias y la prestación de atención primaria.

Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PCD (1993). Surgen tras la evaluación del programa que se realizó en Estocolmo, y de la necesidad de contar con una doctrina basada en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, al cumplirse la primera mitad del Decenio de las Naciones Unidas para los impedidos(2). Las normas no tienen un carácter vinculante, como menciona Palacios, A (2008), llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar

²⁶ Prevención significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

²⁷ La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

²⁸ Equiparación de oportunidades significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo- se hace accesible para todos.

medidas para lograr la equidad(44), como se propuesto en el Programa de Acción Mundial (67):

El fundamento político y moral de estas Normas se encuentra en la Carta Internacional de Derechos Humanos, que comprende la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, entre otros (p6).

La finalidad de estas Normas es garantizar que niños, niñas, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. Por lo mismo es responsabilidad del estado garantizar la equidad a través de la adopción de medidas adecuadas para eliminar las diferentes barreras que limitan la participación de la PCD.

Al respecto para garantizar la igualdad de participación, postula como requisitos, mayor toma de conciencia, atención médica, rehabilitación y servicios de apoyo, así mismo, como esferas previstas para la igualdad, contempla posibilidades de acceso tanto al entorno físico como a la información y comunicación, educación, empleo, mantenimiento de los ingresos y seguridad social, vida en familia e integridad personal, cultura, actividades recreativas y deportivas y religión.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) que tiene como propósito promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente(51), en palabras de Palacios, A, supone la última manifestación de una tendencia mundial, a favor de restaurar la visibilidad de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito de los valores, como en el ámbito del Derecho(44). La participación activa de las Organizaciones de PCD fue uno de los aspectos más enriquecedores de la convención, y que obedece al lema “Nada de nosotros sin nosotros” lo que incrementó la conciencia pública respecto del enfoque de derechos en el ámbito de la discapacidad (44).

La convención considera los derechos humanos desde una perspectiva integral, que favorece el desarrollo social de las personas con discapacidad y la no discriminación; en este sentido, se propone medidas exigibles que establece obligaciones a los estados parte, e instituye garantías para su cumplimiento, propio de un Tratado de Derechos Humanos (civiles, culturales, económicos, políticos y sociales), en este caso, adaptado al contexto de la discapacidad, en el cual se establecen medidas que garanticen el ejercicio y goce de los derechos fundamentales en igualdad o equidad de oportunidades.

La estructura de la convención inicia con un preámbulo en el que considera los diversos tratados sobre derechos humanos y convenciones que fundamentan y orientan la misma, el propósito y la definición de PCD en el artículo 1, así mismo define, para evitar ambigüedades, términos como: comunicación²⁹, lenguaje³⁰, discriminación por motivos de

²⁹ La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macro tipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso. Art. 2 (CDPD)

³⁰ Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal. Art.. 2 (CDPD)

discapacidad³¹, ajustes razonables³² y diseño universal³³ en el artículo 2. Seguidamente, el artículo 3 propone los principios³⁴ que marcaran la ruta para la interpretación y aplicación

³¹ Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables. Art.. 2 (CDPD)

³² Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Art.. 2 (CDPD)

³³ Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.” Art. 2 (CDPD)

³⁴ Art. 3 Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Principios: “a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; b) La no discriminación; c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; e) La igualdad de oportunidades; f) La accesibilidad; g)

de la Convención, bajo unas obligaciones generales de los estados parte que se consideran en el artículo 4, reconociendo que todas las personas son iguales y por lo mismo insta a los estados parte a promover la igualdad y eliminar la discriminación(51). Al respecto en los artículos 6 y 7, aborda dos poblaciones que están sujetas a múltiples formas de discriminación como es el caso de la mujer, niños y niñas con discapacidad.

La Convención, reconociendo de que la sociedad con sus prejuicios, estereotipos y demás prácticas excluyentes, limitan la participación de las PCD; propone en el artículo 8, medidas para sensibilizar a la sociedad, luchar contra los estereotipos y promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las PCD. Así mismo, reconociendo el papel de la sociedad en la participación de las PCD, insta, a los estados parte, en el artículo 9 denominado: accesibilidad, a adoptar medidas pertinentes para garantizar el acceso, lo que favorece una vida independiente de las PCD, para continuar con los derechos fundamentales hasta el artículo 30, con las debidas adaptaciones en el contexto de discapacidad. Y finalmente en los artículos 31 y 32, deja en claro la importancia de la recopilación de datos y estadísticas, así como la importancia de la cooperación internacional, para a partir de los artículos 33 al 50, definir cuestiones relacionadas a la aplicación, supervisión y disposiciones finales.

3.2.4.2 Ámbito Nacional.

La República de Colombia cuenta con un extenso marco normativo de Discapacidad, que acoge como marcos de referencia internacional la CIE 10³⁵, la CIF/OMS³⁶, el manual DSM-5³⁷ y el Derecho Internacional que rigen desde 1948 con la declaración Universal de los derechos Humanos-ONU, Organización

La igualdad entre el hombre y la mujer; h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.”.

³⁵ Clasificación internacional de las Enfermedades-Décima versión.

³⁶ Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud CIF.

³⁷ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta versión.

Internacional del Trabajo-OIT, Convenio 159 sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas – OIT, Convención sobre los Derechos del Niño-ONU, Declaración de Cartagena de indias, Convención Interamericana para la Eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad – OEA y la Convención de las Personas con Discapacidad – ONU, realizada en 2006. Así mismo, ha tenido en cuenta el compendio de otras declaraciones, resoluciones y recomendaciones de carácter internacional no vinculantes, que se generaron desde 1955 hasta 2008.

Una vez consideradas y acogidas las obligaciones y recomendaciones del nivel internacional, Colombia a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, promueve en el artículo 13, las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y llama al Estado para que adopte medidas en favor de grupos discriminados o marginados, así mismo en el artículo 47, obliga al estado a adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, además se refiere a inclusión laboral en el artículo 54 y educativa en el artículo 68. Es preciso apreciar la denominación que se da a las PCD, propio de un modelo centrado en la persona con sus limitaciones.

Así mismo el país, cuenta con normas sobre inclusión social y discapacidad a partir de 1993 a través del Decreto 2381 por el cual se declara el 3 de diciembre de cada año como el día nacional de las PCD, se posibilita el derecho al sufragio, se define los lineamientos, estrategias y recomendaciones para la construcción e implementación de la política pública a través del Conpes 166, entre otras, desarrolladas hasta a 2016. Respecto a normas y actos administrativos del Sistema Nacional de Discapacidad-SND creado a través de la ley 1445 de 2007, y actualizado bajo decreto 2107 de 2016, bajo el cual se reemplaza el organismo rector del SND y se dictan otras disposiciones. Así mismo se cuenta con los comunicados como los acuerdos del Consejo Nacional de Discapacidad-CND entre (2012-2017) que forma parte del SND, que comprende principalmente el reglamento del CND y recomendaciones afines.

En cuanto a derechos, el país cuenta con normas que garantizan el goce de derechos como el de la Educación, Salud, Trabajo, Recreación y Deporte, Cultura, Comunicaciones, Turismo y Vivienda, que datan del año 1993. También contiene un extenso marco de Normas técnicas que garantizan la accesibilidad al medio físico, con la descripción del número y nombre de la norma. En este sentido siguen otras normas técnicas de accesibilidad, construcciones y ayudas técnicas. Finaliza este apartado con las normas sobre Accesibilidad física y Transporte que rigen desde 1987 y hasta 2016.

Continuando con este marco, el país incluye además la convivencia en el entorno escolar a través de la ley 1620 de 2013 y los contenidos en el Código de Policía relacionados a discapacidad publicado en 2016. Por otro lado, se cuenta con un listado de Normas en fuerzas militares y policía establecidas desde 2010 para las personas que forman parte de estas instituciones y que, a causa del conflicto armado interno del país, adquieren una discapacidad en el desarrollo de sus funciones de seguridad.

Por otro lado, el país cuenta con Normatividad sobre pensiones, subsidios y beneficios económicos que rigen en el país desde 1988 a 2017, entre los que se comprenden leyes, decretos, circulares y acuerdos nacionales. Además, el país, ante la vulneración de derechos a PCD, contiene los principales pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre discapacidad que el Normograma de Discapacidad (2019) presenta con la descripción del número de sentencia y fecha, Magistrado ponente y fundamento(68), las que representan un paso en la ruta de salud, ante la negativa por parte de las EPS a la solicitud o remisiones que el tratamiento de la condición de salud de la PCD requiere, con características de calidad y oportunidad como promulga en la ley estatutaria de salud 1751 de 2011 en sus principios, la resolución 1552 de 2013 y la circular 010 de 2015.

A partir del anterior marco legal, y de la aprobación y ratificación de la CDPD, así como de la participación de las PCD, el estado colombiano promulga la Ley Estatutaria 1618 en febrero de 2013; que tiene como objeto, “garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la ley 1346 de 2009”(69). La ley en el título II

define algunos conceptos, como personas con discapacidad, inclusión social, acciones afirmativas, acceso y accesibilidad, barreras, rehabilitación funcional, rehabilitación integral, enfoque diferencial y redes nacionales y regionales de y para personas con discapacidad y adopta las definiciones de la CDPD, establecidas en la ley 1346 de 2009.

En el título III, se establecen las obligaciones del estado y la sociedad, y en el título IV, decreta las medidas para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las PCD a partir del artículo 7 al 21. En los artículos 22 al 26 se habla de la participación ciudadana de las personas con discapacidad. Finalmente, el título V, comprende las disposiciones finales entre las que se contempla la adición legislativa, publicidad, reglamentación de la ley, promoción, protección y supervisión, las sanciones y vigencia de la ley.

La PPNDIS (2013-2022), menciona el gran avance que implica esta ley, por el hecho de se asignan responsabilidades concretas a actores específicos, contempla acciones transversales que comprometen a diferentes sectores y dicta medias específicas para garantizar los derechos(3). Al respecto y para el cumplimiento se cuenta con actos administrativos reglamentarios o concordantes expedidos entre marzo de 2013 y mayo de 2017 respecto a la Ley 1618 de 2013; que inicia con el Conpes 166 de 2013, así como Proyectos de Actos administrativos con la descripción del artículo y nombre del proyecto, y se puede constatar en el nomograma sobre discapacidad elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2017.

Continuando con la Política Pública Nacional de Discapacidad-PPNDIS (2013-2022), este documento consta de tres partes. La primera aborda los antecedentes, la segunda los elementos clave y la tercera orienta para la implementación. Respecto a las medidas específicas y transversales, vale la pena mencionar los enfoques tanto general y específicos adoptados entre ellos; el enfoque de derechos, poblacional, territorial y de intersectorialidad, así como el enfoque diferencial y enfoque de desarrollo humano y de capacidades. Como marco conceptual se ciñe a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud CIF y a la evolución del concepto como tal. Otro elemento clave, son los ámbitos y marcos de referencia, planteados desde la concepción de discapacidad actual, entre los que se contempla el marco de protección

social en el ámbito de la persona, el marco de cohesión social en el ámbito de la familia y la comunidad y el marco de equiparación para el desarrollo en el ámbito de la sociedad; quedando así comprendidos, en el lenguaje CIF los factores ambientales (contextuales y personales).

Propone cinco ejes estratégicos y diecisiete líneas de acción para el logro de los objetivos propuestos. El Eje 1. Transformación de lo público, señala entre sus líneas la gestión pública, de la información y del desarrollo normativo; el segundo eje: Garantía jurídica, agrupa las actividades en las líneas acceso a la justicia e igual reconocimiento como persona ante la ley. El tercer eje: Participación en la vida política y pública, formula acciones en dos líneas; el ejercicio de la ciudadanía y el fortalecimiento del asociativo, el cuarto eje que se denomina Desarrollo de la capacidad, plantea acciones en las líneas de Educación, Salud, Habilitación/rehabilitación, Inclusión laboral productiva, Turismo, Recreación, actividad física, educación física y deporte, Cultura y Protección Social. Finalmente, el quinto Eje: reconocimiento de la diversidad, a través de las líneas Igualdad y no discriminación y Accesibilidad/diseño Universal busca generar un cambio en el imaginario social.

Las Estrategias y líneas de acción de la política, orientan la formulación de actividades que, siguiendo la estructura de plan de acción con sus respectivos responsables, fechas de inicio, de finalización, indicadores y metas; a las que posteriormente se hará el debido seguimiento como lo propone la tercera parte junto con la ruta para la construcción de Políticas Públicas territoriales.

Finalmente, el país se encuentra en un periodo de transición para la generación de certificados de discapacidad según la resolución 00583 de 2018, derogada por la resolución 00113 de 2020, en el cual el certificado debe tener en cuenta la clasificación, codificación y denominación según lo planteado en la CIF. Se espera que este proceso, no genere más exclusión, ya que es un proceso social universal a pesar de la realidad del estigma que “inhabilita para entrar y salir con normalidad en los diferentes escenarios sociales en los que desarrollamos nuestra vida cotidiana”(50), se logre avanzar en el ámbito social, cotidiano donde está inmersa la persona con discapacidad y su familia.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

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 2020.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir las características sociodemográficas y de contacto con personas con discapacidad de la población participante en el estudio.
- b) Develar el nodo central y el sistema periférico de las representaciones sociales sobre discapacidad del personal de salud participante
- c) Identificar las fuentes de información que utiliza el personal de salud para la construcción de las representaciones sobre la discapacidad.

5 METODOLOGIA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio cualitativo comprensivo, para hallar la representación social sobre discapacidad del personal de salud de la ESE, construida en el contexto laboral compartido.

Dada la naturaleza de las RS; se empleó el acercamiento plurimetodológico propuesto por Abric, que proporciona resultados convergentes que permiten confirmar la existencia del núcleo central(14) y la identificación de contenido de la representación a través de métodos interrogativos y asociativos.

5.2 UNIDAD DE TRABAJO

Esta unidad estuvo conformada por los “testimonios” entregados como información por la tercera parte del personal de salud, de la ESE de primer nivel de complejidad, para ser respectivamente procesados. Se recluto por selección intencionada y hasta que se constató saturación de los datos: 12 médicos, 3 odontólogos, 3 auxiliares de odontología, 4 jefes de enfermería, 3 psicólogos, 3 auxiliares de enfermería y una fisioterapeuta.

La inclusión del personal participante en la investigación se hizo en base a los criterios que se describen a continuación:

- Ejercer la profesión en el Centro de Salud municipal ESE de la Unión Nariño
- Haber ejercido su profesión mínimo 6 meses
- Haber prestado sus servicios en la ESE a personas con discapacidad
- Participación voluntaria en la investigación.

5.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

La categoría teoría que orienta el análisis es la representación social sobre discapacidad de las personas informantes de la ESE.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la construcción de los instrumentos, se partió de los objetivos propuestos en la investigación, así mismo se revisó la metodología propuesta por Jean-Claude Abric y se

tomó la referencia de los instrumentos elaborados por Piza K, Peña, S³⁸, y Vargas, D³⁹ y Cuevas, Y⁴⁰ y la tesis sobre la RS del Psicoanálisis desarrollada por Serge Moscovici.

Cuestionario auto diligenciado (Anexo 1): se construyó con el propósito de clasificar las condiciones de producción de la RS donde se han incluido algunas preguntas de la Escala General de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad (Arias, 1993; Arias, Verdugo y Rubio, 1995; Verdugo, Arias y Jenaro, 1994; Verdugo, Jenaro y Arias, 1995) y por otro el contenido de las representaciones, tomando como referente las siguientes categorías:

- Características sociodemográficas
- Nodo Central de la representación social de discapacidad (Conocimientos, prácticas y actitudes)
- Fuentes de información

El cuestionario incluyó preguntas abiertas y cerradas y dos técnicas propuestas por Abric. La primera técnica presentada fue el ejercicio de asociación de palabras (sinonimia), en el que se solicitó escribir 5 palabras asociadas al término discapacidad, la asignación de un número por orden jerárquico y la justificación escrita de la asignación de importancia de las 2 primeras palabras. La segunda técnica, denominada dibujos y soportes gráficos, consistió en solicitar la realización de un dibujo y su respectiva explicación escrita. La aplicación del instrumento se realizó durante una semana, previa explicación de los propósitos de la investigación y aceptación.

La entrevista semi-estructurada (Anexo 2): Los participantes claves se eligieron a través de muestreo intencional, los cuales, una vez explicado el motivo de la selección, se programó un espacio de una hora y media para la grabación, con previo aviso al

³⁸ Diseño de un instrumento para identificar las RS sobre el concepto ambiente presente en estudiantes de licenciatura en biología de la universidad Distrital Francisco José de Caldas

³⁹ Representaciones Sociales de la Discapacidad por parte de los miembros de los Consejos Locales de Discapacidad de la ciudad De Bogotá D.C.

⁴⁰ Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa.

entrevistado, con el propósito de corroborar su participación. Esta herramienta permitió una aproximación al mundo interior de las personas tanto a nivel individual como colectivo, por la labor que prestan en el servicio de salud.

Grupo focal (Anexo 3): Se convocó a los participantes por grupos (medicina, odontología y enfermería) por un espacio de 60 minutos, para identificar el núcleo central, puesto que esta estrategia permite poner de manifiesto el nodo central que propone Moscovici, es decir, el saber de sentido común que el grupo comparte, así mismo, “obtener información cualitativa de prácticas como grupos, con el fin de utilizar sus resultados en el mejoramiento de programas”(70). Se hizo grabación de audio con la finalidad de facilitar la transcripción de las narrativas.

5.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez aplicados los instrumentos de recolección de información, se dio paso a la etapa de análisis del material de campo. Para el análisis de la información se tuvo en cuenta que los cuestionarios estuvieran completos y descartaron los incompletos. Posteriormente se foliaron los documentos y se asignó un código para identificar el material que formaría parte del análisis.

La información arrojada del perfil sociodemográfico, se relacionó con el ejercicio de asociación de palabras en una hoja de cálculo de Microsoft Excel donde se analizó empleando la técnica de redes semánticas expuesta por José Luis Valdés-Medina (2002), a través de la cual es posible conocer la organización y jerarquización de la representación, entendido como “aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo, permite a los sujetos tener un plan de acciones, así como la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetos”(71). Este aspecto, para el propósito de esta investigación, permitió develar el nodo central y sistema periférico, empleando el enfoque estructural, que se complementó con el enfoque procesual.

El análisis del contenido de los dibujos y de la descripción de los participantes a partir de la imagen, se hizo empleando matrices en Excel para la recuperación y organización de los elementos constituyentes de la imagen sobre discapacidad realizada por los participantes.

Moscovici, menciona que “la imagen no puede imaginar lo real porque es lo real, y no puede más trascenderlo, transfigurarlo, ni soñarlo, porque es la realidad. Es como si las cosas hubieran absorbido el espejo (...)”(72).

En cuanto a las preguntas abiertas de las entrevistas y de la guía aplicada a los grupos focales, se transcribió la totalidad en procesador de textos Microsoft Word, diferenciando la voz, tanto de entrevistador como del entrevistado, teniendo en cuenta los criterios de transcripción expuestos por Rapley, (depurar o respetar los silencios, transcribir los balbuceos, respetar el sentido de las respuestas) para dar paso al análisis e interpretación a partir del marco teórico conceptual para develar los significados que hay detrás (73).

Con este propósito, las transcripciones se leyeron cuidadosa y repetidamente las veces que fuera necesario para seleccionar los fragmentos o párrafos más significativos y ubicarlos en las categorías planteadas a priori (conocimientos, prácticas y actitudes) para el estudio de acuerdo a su definición operativa y la pertinencia del contenido. En este sentido, se asumió para el análisis de contenido como principio; que los documentos, reflejen las actitudes y creencias de las personas e instituciones que los producen, así como las actitudes y creencias de los receptores de éstos(74). Finalmente, se analizaron y se articularon los resultados, desde el marco teórico epistemológico de referencia, empleando la triangulación, en la “búsqueda de una descripción holística del fenómeno a partir de múltiples aproximaciones”(75).

6 RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos en el estudio y el cruce de estos, que permitieron realizar la triangulación de la información, teniendo en cuenta los objetivos específicos, para comprender la representación social sobre discapacidad del personal de salud participante en el estudio, desarrollado en el siguiente orden:

Primero se describen características que hacen singulares a los participantes entre ellas; formación, estrato socioeconómico, sexo, edad, entre otros, así como características del contacto del personal con personas con discapacidad, tomando como guía la escala de actitudes hacia personas con discapacidad de Arias et al. Segundo, se presentan los resultados del Nodo central y Sistema Periférico de la RS y las categorías emergentes teniendo en cuenta los conocimientos, prácticas y actitudes como categorías de análisis, finalmente, se presentan las Fuentes de información.

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES Y DEL CONTACTO HACIA PCD SEGÚN ESCALA DE ACTITUDES DE ARIAS.

En este apartado se describe por un lado información básica de los participantes como sexo, edad, nivel de estudios, profesión y estrato socioeconómico que se obtuvieron de la aplicación del cuestionario. Por otro lado, se describen los resultados en cuanto al contacto del personal de salud con personas con discapacidad, en el ámbito laboral, familiar, amistad, actividades de recreación, deporte o cultura, o espacios de capacitación. Estas características evidencian la singularidad de los sujetos y su relación con la construcción de representaciones sociales, expuesto por Jodelet como condiciones de producción(73) y se presentan en las tablas 2 y 3.

Tabla 2 Características de los participantes

<i>Sexo</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>1. F</i>	29	80,56%
<i>2. M</i>	7	19,44%
<i>Edad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>21-30</i>	13	36,11%
<i>31-40</i>	20	55,56%
<i>41-50</i>	3	8,33%
<i>Nivel de estudios</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>1. Técnico</i>	7	19%
<i>2. Tecnológico</i>	1	3%
<i>3. Universitario</i>	23	64%
<i>4. Especialización</i>	4	11%
<i>5. Maestría</i>	1	3%
<i>Profesión</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Aux Enfermería</i>	3	8,33%
<i>Enfermero Jefe</i>	5	13,89%
<i>Fisioterapeuta</i>	1	2,78%
<i>Médico</i>	13	36,11%
<i>Nutricionista</i>	1	2,78%
<i>Odontólogo</i>	3	8,33%
<i>Psicólogo</i>	4	11,11%
<i>Aux Odontología</i>	6	16,67%
<i>Estrato socioeconómico</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>1</i>	14	38,89%
<i>2</i>	9	25,00%
<i>3</i>	13	36,11%
<i>Total general</i>	36	100%

Nota: resultados recopilados a través de cuestionario

De los 36 participantes, predomina el sexo femenino que corresponde al 80,56% de los participantes. Las edades oscilan entre los 21 y los 50 años, con una prevalencia mayor de trabajadores entre los 31 y los 40 años representando el 55,56%. En relación con el nivel educativo, el 64% de los participantes es profesional universitario, seguido del nivel técnico con 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 %, pertenecen a los estratos 1 y 3.

Tabla 3 Características del contacto de los participantes con PCD

<i>Razón del contacto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Familiar</i>	3	8%
<i>Laboral</i>	23	64%
<i>Laboral – Familiar</i>	5	14%
<i>Laboral - Ocio amistad</i>	4	11%
<i>Ocio amistad</i>	1	3%
<i>Frecuencia del contacto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>1. Todos los días</i>	4	11%
<i>2. Varias veces por semana</i>	10	28%
<i>3. Varias veces al mes</i>	12	33%
<i>4. Menos de una vez al mes</i>	10	28%
<i>Tipo de discapacidad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Visual</i>	27	19,4%
<i>Auditiva</i>	21	15,1%
<i>Física</i>	31	22,3%
<i>Intelectual</i>	13	9,4%

<i>Mental</i>	27	19,4%
<i>Sordoceguera</i>	5	3,6%
<i>Múltiple</i>	15	10,8%

Nota: resultados recopilados a través de cuestionario

El personal participante tiene contacto con PCD en su mayoría debido a su entorno laboral con 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.

6.2 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 jerarquización de los elementos frente al término discapacidad, como se formula en uno de los objetivos específicos de esta investigación. Mediante la técnica de redes semánticas se obtuvo una lista en extenso 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 a continuación.

Tabla 4 Resultados de la palabra-estímulo “discapacidad” – Nodo central

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

*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

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 negativo; develando así, el **sistema periférico** de la representación como se presenta en la tabla N° 6.

Tabla 5 Categorías y sistema periférico “discapacidad”

<i>Categorías</i>	<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspecto positivos</i>
<i>Condición de salud</i>	Síndrome de Down, Sordomudo, Enfermedad.	Condición, Salud.
<i>Cuerpo: Estructuras y funciones corporales</i>	Alteración, Deficiencia, Disminuido, Debilidad, Disfunción, Pérdida, Dolor, Problemas, Inmóvil.	Anatómico, Mental, Psicológica, Funcionalidad, Fisiológico, Física, Visual.
<i>Actividades y participación.</i>	Dificultad, Dependencia, Inhabilidad, Incapacidad, Limitación/Restricción.	Actividad, Capacidad, Desempeño, Relaciones personales, Ejecución, Participación.
<i>Factores contextuales: Ambientales y personales.</i>	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.

Nota: resultados recopilados a través de cuestionario

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 (ver anexos 4, 5, 6 y 7), así como con las narrativas de los grupos focales. De esta forma, surgieron las siguientes categorías:

6.2.1 Enfermería y Discapacidad: “Cuidado y empatía”

El personal de enfermería en el ejercicio de las palabras, coincide en orden de importancia en 3 ocasiones con la palabra tristeza, dos de ella en el primer orden de importancia. 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”*; 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”*.

En este sentido, una participante que además tiene un hijo con discapacidad, expone su tristeza, asociado a una frustración compartida con su familiar que anhela caminar, *“Porque al ver a mi hijo que no puede caminar me da mucha tristeza porque el anhelo de él es caminar y poder jugar como lo hacen los otros niños y el ver su carita de tristeza, me llena de mucho dolor en mi corazón”*. Este anhelo, evidencia una particularidad de la persona, objeto y sujeto de acción, con facultad de conocer y de autodeterminación al interactuar con el mundo exterior con su cuerpo en el plano físico, sensorial e interioridad(76); que en la perspectiva de cuerpo corresponde al cuerpo objetivo, subjetivo e intersubjetivo en la persona con libre albedrío.

Ante la evidente pérdida en ese cuerpo biológico (cuerpo objeto), los participantes enuncian que es importante “establecer la limitación para poder definir la conducta de atención. La pérdida puede ser física, intelectual o sensorial que afecta la interacción y depende de esta, el manejo que se le va a dar para brindarle una atención en salud digna y humanizada. Esto evidencia que la PCD es el fin de la prestación de un servicio con calidad y equidad, teniendo en cuenta las necesidades. Para un enfermero, la “Solidaridad y el cuidado es lo más importante, cuando estamos en contacto con una persona con discapacidad, genera empatía”; como respuesta a la actitud de la PCD, puesto que “son personas comprometidas con la vida, valientes, fuertes para soportarla y sobrellevarla”. Ante la pérdida en el cuerpo

biológico, se evidencio la complejidad del ser-persona (materia y espíritu), que debe toda su especificidad a su alma espiritual(76).

Continuando con el análisis respecto al cuidado que presta un enfermero en los distintos servicios del centro de salud, este se caracteriza por una actitud de *apoyo, unión*, y se sintetiza en “*cuidar con amor*”. “Solo el amor constituye la actitud apropiada y valedera”(76) respecto a 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*”. Así mismo, esta actitud positiva del personal de enfermería que cuida de la vida de la persona con discapacidad señala algunas ayudas diagnósticas durante la gestación, 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.

“La ecografía que se están tomando o ese tamizaje genético, nos da una información, pero mejor sería que nadie supiera para IVE, antes se les dejaba nacer”

Respecto al apoyo abordado con anterioridad, los participantes hacen énfasis en el “apoyo de todo el núcleo familiar y de la sociedad, para que pueda llevar una vida sin disminución y tener una mejor calidad de vida”. La discapacidad no está determinada por un diagnóstico, y por ende de la prestación de servicios de salud con calidad; se trata de la interacción de un individuo con los factores contextuales, pero “tampoco todo está diseñado en la sociedad” y se evidencian limitaciones en el ámbito laboral, como la falta de tiempo para orientar, el enfoque de intervención y delegación de responsabilidades, “nosotros nos encargamos de crónicos; si es crónico; si va a planificar y ya. O si es control y desarrollo, pero nosotros, si no vamos más allá, es por la falta de tiempo más que todo. O sea, que a lo que vinimos y a lo que corresponda. Nosotros échele crema y muévalo”

Como grupo, refieren miedo en algunos casos, como al informar una condición de salud “por ejemplo, en CyD, ... ósea nos da miedo, nos da temor decirle a los papas; él es un niño con discapacidad, por temor a que de pronto se enojen...” y este aspecto es importante,

como factor asociado a la problemática evidenciada en el RLCPD, respecto al reducido porcentaje de personas que refieren haber sido orientadas en el manejo de la discapacidad a nivel nacional y local, además de la falta de formación sobre discapacidad en la formación profesional “porque a uno en la universidad, así como tal nunca le dicen a uno, como se debe actuar, o sea, no hay conocimiento”. En otros casos, el temor se asocia a condiciones de salud que se caracterizan por agresividad, “nos produce mucho miedo porque se vuelve agresivo”, al respecto el personal además de evidencia la necesidad de conocimiento del tema aclara la importancia de la interdisciplinariedad, ya que “debe influenciar mucho el equipo interdisciplinario, o sea, que no sea siempre un solo profesional, si no, que es de muchos profesionales que sepamos”

Finalmente, tras el análisis de los gráficos que se encuentra en el anexo 4, respecto a la PCD, se evidencia la pérdida de un sentido, una extremidad o función, y la relación a la ayuda técnica necesaria, según el tipo de discapacidad, en un entorno en el que la persona interactúa y puede estudiar, jugar y moverse con apoyo de las diferentes adaptaciones, o al contrario, no se puede trabajar, como muestra el gráfico de este anexo que emplea la letra W^{41} para referirse a trabajo, bajo una línea oblicua de negación. Un participante presenta la relación funcionamiento y dificultad mediante la analogía; “un computador sin mouse, aunque se pueden cumplir algunas funciones sin necesidad del mouse, hay dificultades para realizarlos, al tener un mouse se pueden realizar más actividades, más fácilmente.” Por otro lado, en la representación gráfica hacen alusión al amor, apoyo y unión, empleando corazones, manos en acción de unirse y mostrando un corazón. La representación gráfica, complementa los resultados obtenidos en el ejercicio de asociación de palabras y la verbalización del gráfico.

⁴¹ Letra empleada para la fórmula de trabajo. $W = Fxd$

6.2.2 Medicina y Discapacidad: “Médico y social”

El personal de salud del servicio de medicina general, en el ejercicio de las palabras da importancia a la palabra limitación y por la sinonimia con la palabra restricción donde según el diccionario de la real Academia española RAE se homogenizan. Esta se repite en 4 ocasiones, tres de ella en el primer orden de importancia. 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 a 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*”.

Al respecto el personal de medicina, durante la interacción en la consulta médica con la persona con discapacidad y su familia, evidenciaron de forma similar al personal de enfermería, 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.*” este puede ser por parte de la sociedad que vulnera derechos como menciona un participante y exige del personal una respuesta de ayuda “*porque primero está la humanización de sus derechos fundamentales con respeto y ayuda en caso de que esos derechos sean vulnerados*”.

Llama la atención que mencionan diagnósticos, que puede tener dos connotaciones una desde la enfermedad y otra desde la salud. Así mismo esto evidencia la objetividad del termino discapacidad, pues indica los aspectos negativos de la interacción de un individuo con una condición de salud. Esto es determinante, así como los factores contextuales, los cuales detallan en la representación gráfica y explicación, “*Persona con discapacidad visual utiliza bastón para invidentes, presenta muchas barreras*”, “*Paciente que presenta discapacidad física para poder realizar la marcha con sus miembros inferiores y encuentra barreras*”, barreras que se pueden eliminar con la ayuda y colaboración de la comunidad; como se observa en los dibujos y menciona una participante “*La discapacidad requiere*

ayuda y colaboración de toda la comunidad, el paciente que la padece tiene derecho a disfrutar de todas las comodidades y beneficios de la sociedad; no debe tener limitantes”.

Continuando con lo relacionado a la comunidad, 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” puesto que la familia, es el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan(77) y transforman a su alrededor, no es algo ajeno, añadido, es vital. Al respecto Wojtyla K, clarifica su papel de pilar fundamental, por su inmanencia e intangibilidad particular, cuyo punto de partida es la ley natural(76), razón suficiente, para que las familias cuiden de la vida de sus familiares con discapacidad.

Así mismo, Chesterton G. K, la definirá como “la unidad del Estado; la célula que permite su formación”(78) 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”.*

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”*, se puede seguir viviendo, amando; hay posibilidad. La actitud, se aborda en la clasificación CIF, tanto en la PCD en los factores personales como en el personal de salud, en los factores ambientales, que influyen en gran manera en el nivel de discapacidad.

Finalmente, el análisis de los gráficos del anexo 5, evidencia 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. La representación gráfica, complementa y corrobora la organización de los elementos de la representación social.

6.2.3 Odontología y Discapacidad: “Es persona y merece respeto”

El personal de salud del servicio de odontología, en el ejercicio de las palabras da importancia a la palabra respeto que se repite en 3 ocasiones, dos de ella en el primer orden de importancia. 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.” en este caso, respecto a 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”. Este aspecto describe la conexión que hace el personal del respeto con el reconocimiento de derechos humanos y la equiparación de oportunidades, como extensiones de la dignidad humana.

Llama la atención, los rostros de los dibujos del anexo 6, que en su mayoría muestran felicidad, palabra que se encuentra en la explicación de estos, igualmente se evidencia la afectación a una parte del cuerpo y las ayudas técnicas adecuadas según el tipo de discapacidad. Hablan de problema, persona que sufre, limitación de la actividad, pero no determinada por una” condición *que no le limita*”. Al respecto, hacen alusión al “*control personal*” como característica de ser racional “*control de sus actos personales*” y asocian la “*atención psicológica*” para evitar responder de forma grosera a comportamientos groseros, por parte algunas personas, siendo estas actitudes negativas por parte de la sociedad, una evidente barrera.

A modo de complemento del análisis de los gráficos del anexo 6, abordado en el párrafo anterior, se evidencia una persona con discapacidad en su rol de madre, y su hijo al igual que la ayuda técnica, son apoyo y razón de su gran felicidad, pues es muy grande la expresión de alegría. Al igual, que el personal de enfermería, la representación gráfica hace alusión al amor, empleando corazones, así mismo, muestra la emoción de tristeza en el rostro de una de las dos personas del dialogo, como una reacción, al no poder comunicarse. La representación gráfica, complementa el análisis de los elementos organizadores de la representación social y como se objetiva.

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

El personal de salud de psicología, fisioterapia y nutrición, en el ejercicio de asociación de palabras, da importancia a la palabra dificultad que se repite en 2 ocasiones, en el segundo orden de importancia. Valora la dificultad en relación a la complejidad que implica la discapacidad porque como menciona un participante *“de una u otra manera afecta la calidad de vida del individuo”* lo que 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”*.

En algunos dibujos del anexo 7, 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, ...”* Cabe resaltar como 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”*. 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 que es una discapacidad y a su vez es 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 *“alimentándose bien, con el deporte”*, y se percibirá en la calidad de vida en el plano subjetivo.

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 (conocimientos, prácticas, actitudes).

6.2.5 Conocimientos del personal de salud sobre discapacidad

En el 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. Los datos, evidenciaron un desconocimiento específico y una necesidad puntual a abordar, para garantizar el manejo de la discapacidad en forma oportuna, durante la prestación de los servicios de salud. Ver anexo 9.

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 Ibañez, 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”(34). El personal se expresa principalmente, desde el nosotros, en plural, desde esa dimensión social y necesidad de formación compartida como grupo, haciendo manifiesto el nodo central.

Los discursos de los participantes contenidos en el anexo 10, coinciden, en que los conocimientos de que dispone el personal de salud acerca de discapacidad o son insuficientes, se encuentran desordenados o superabundantes como lo plantea Moscovici. Igualmente se identifica desconocimiento por parte las PCD, familia, cuidadores, instituciones; manifestadas en solicitudes o exigencias para obtener ayudas económicas o subsidios relacionados a discapacidad, entre otras; lo que junto al contexto particular de la consulta de salud que se caracteriza por afán, tiempo limitado, barreras como menciona el participante ejercen presión sobre el mismo y le insta a focalizar la atención en la discapacidad, como condiciones de emergencia de la RS. En suma, el personal de salud, ante esta presión que forma parte de la rutina diaria, está llamado a responder y a tomar postura, desde su rol, lo que requiere una preparación constante para dialogar de forma rápida, con sus conocimientos y la situación presentada.

El limitado tiempo en la consulta se presenta como una barrera para la interacción y la calidad en la atención a la persona con discapacidad. Barreras que evidencian cómo las estructuras sociales, política y económicas generan discapacidad y que en el lenguaje CIF adoptado por el modelo biopsicosocial, corresponde a los factores contextuales (servicios y políticas de salud, educación, actitudes de las PCD, familiares, vecinos y comunidad). El personal de salud intenta equiparar oportunidades que lo expresa en la actitud y práctica favorable de “*seguir formándonos y atendida de mejor manera, incluso con más calidez porque ha sido una persona muchas veces relegada por la sociedad*” (MDGF).

6.2.6 Prácticas del personal de salud y discapacidad.

Los actores clave entrevistados manifiestan un cambio positivo en su comportamiento 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. Los participantes se expresan principalmente, como en la categoría anterior, desde el nosotros, es decir, nodo central de la representación, como se observa en el Anexo 11.

Este cambio positivo por consiguiente está relacionado a la formación adquirida y hace visible, cómo el trato frecuente con personas con discapacidad, ya en el ámbito laboral o personal, impulsa a buscar humanizar, al querer mejorar la atención según lo aprendido y mitigar las experiencias negativas vividas con sus familiares con discapacidad o identificadas en la atención al formar parte del programa de RBC. El personal de salud se expresa desde el singular principalmente, esto es, el sistema periférico como se denota en el anexo 12.

Un aspecto importante en el análisis de las Representaciones Sociales abordado por Abric, son las prácticas. En este sentido, cobra valor el acto humano y sus fases, propias de la naturaleza humana racional (79) que analiza situaciones de forma individual y grupal, para la acción; a partir del cual, los participantes proponen acciones, con el propósito de dar continuidad a las buenas prácticas identificadas en el análisis anterior para que propicien la satisfacción de los usuarios, brindando autonomía y mayor movilidad, mediante el respeto y la orientación a la PCD y/o cuidador, además es importante para el desarrollo de sus capacidades a partir del grado de dependencia y previa medición de la carga del cuidador, desde la sensibilización y formación sobre discapacidad; lo que implica, la atención en salud, y la comunicación directa con la persona con discapacidad, la familia y la sociedad.

Finalmente, las narrativas de las propuestas por parte de los informantes contenidas en el anexo 13, se caracterizan por el pensamiento grupal y los procesos comunicativos particulares de la objetivación y el anclaje hacia la discapacidad como objeto socialmente relevante para el personal de salud.

Por otro lado, las prácticas que el personal de salud evitaría, se encuentran en el anexo 14, se enmarcan como en el análisis anterior, en una reflexión a priori del acto humano, desde la experiencia principalmente. Se caracteriza además por ser explicativo y se manifiesta desde la individualidad, que evidencia compromiso, ese tu a tu, propio de una relación interpersonal presente en la consulta por un profesional de salud. Se propuso evitar acciones que favorezcan la dependencia y la burla, mediante el respeto y la defensa en caso de que la PCD no pueda hacerlo por ella misma.

Se denota una problemática asociada a la capacidad de comunicar de forma asertiva y desde la verdad, puesto que se puede llegar a persuadir por condiciones como miedo, tiempo, afán; e inducir a error y mayor dependencia. Este aspecto, es preciso abordarlo en conjunto con la academia y el SGSSS, que debe procurar en sus Educandos y trabajadores; no solo conocimientos y habilidades clínicas, sino que además permita la formación de personas responsables, con conciencia ética y solidaria, que logren humanizar el mundo social(80), puesto que el objeto de acción son sujetos, un “alguien”, no cosas. Lo anterior sinteriza un análisis reflexivo desde la escucha a la persona con discapacidad y la interioridad del personal de salud, al referirse “*prefiero escuchar mi corazón y a las personas con discapacidad*”.

6.2.7 Actitudes del personal de salud y discapacidad

Los participantes, a partir de la experiencia personal y laboral con personas con discapacidad, coinciden la mayoría al valorar 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)” (81).

6.2.7.1 *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, cuando la PCD requiere un servicio y no consigue respuesta a lo solicitado, conforme a 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. Así lo describe la información arrojada en el Anexo 15.

6.2.7.2 *Valoración positiva de la discapacidad por parte del personal de salud*

Se describen enunciados de valoración positiva por parte del personal participante, como 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 “*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 el sentir el dolor del otro*”. Así se puede evidenciar en el Anexo 16.

Finalmente, no basta la actitud positiva ante la discapacidad, como respuesta pensada y deseada que se obtiene a través de los cuestionarios como por ejemplo el de Arias, et al, sino, que es preciso identificar los conocimientos y el campo representacional para valorar si se ajustan a la definición objetiva y contrastar luego con las practicas o comportamientos, en el contexto social compartido, dada la función orientadora de la RS, que conducen los comportamientos y las prácticas

6.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

A continuación, se presentan los resultados sobre fuentes de información, teniendo en cuenta lo que Moscovici (1961) propone en su teoría al abordar la dimensión de Información enfocando la atención en el origen de esta. En el cuestionario y en los grupos focales se indago sobre las fuentes de información, consideradas por Moscovici como lugar

de mediación de diferentes tipos de comunicaciones y que han incidido en la construcción de las representaciones sociales sobre discapacidad. Ver anexo 17.

En los enunciados, se encontró como elementos que incidieron en la construcción del concepto de discapacidad del personal de salud en primer lugar: 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 semi-estructuradas y los grupos focales con la guía aplicada.

6.3.1 El trabajo

El contexto laboral de un trabajador de la salud a partir de los enunciados, está determinada 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”*, ayudas diagnosticas como *“paraclínicos, la ecografía que se están tomando o ese tamizaje genético, nos da una información, pero mejor sería que nadie supiera para IVE, antes se les dejaba nacer”*, son otras fuentes de información como parte del sistema de referencia y contra referencia.

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 dientecitos a esa niña y la remitimos a odontología.”*. Llama la atención, como además clarifican las características del servicio prestado a la persona con discapacidad que solicita una atención; *“quiere que lo atiendan rápido, porque unos son irritables, algunos tienen ansiedad, rabia, se desesperan y tienen q atenderlos”*.

Así mismo, requiere una formación pertinente en salud para remitir de forma adecuada y proveer una atención integral. Al respecto, los participantes concedores de su falta de

conocimientos sobre discapacidad identifican como otra fuente, 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.

Otra fuente de información, está relacionada a 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 PAIS y demás lineamientos hoy en seguimiento “*en el trabajo cuando nos auditan*” 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.

6.3.2 Instituciones

Los participantes identifican como origen de información sobre discapacidad, instituciones y lugares públicos a las 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”(82), que denominan “*ayudas gubernamentales*” a través de la “*alcaldía, secretaria de salud, hospitales, instituciones gubernamentales, religiosas y políticas*”. Estas instituciones brindan medidas de soporte social,

Llama la atención que solo un participante hace alusión a la “*Universidad*”, como fuente de información, correspondiendo está a una categoría propuesta por Jodelet (1990), al ser una información sacada de conocimientos adquiridos en medios formales; al contrario, los participantes mencionaron desconocimiento sobre discapacidad, “*Porque a uno en la universidad, así como tal nunca le dice a uno como debe actuar ante un ósea no hay*

conocimiento”, “*Yo no recuerdo que me hayan enfatizado en discapacidad*” y lo asociaron con su formación técnica, tecnológica y profesional.

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, que tipo de discapacidades hay*” y “*no solamente lo teórico, una práctica*”, y proponen que “*deberían haber electivas de cómo tratar pacientes con discapacidad*”.

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*”

6.3.3 La familia

Los participantes manifiestan que la familia ha contribuido en la medida que han 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*”, 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 grande sociedad: nación, Estado, Iglesia(76).

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.

6.3.4 Otras fuentes

La comunicación social es otro lugar de mediación “*conversaciones en el trabajo, con la familia y amigos*” así como la normatividad que implica el contexto laboral “*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, “*por ejemplo, la televisión o cuando sale el presidente en algunas ocasiones esta la persona con señas, publicaciones en Facebook, del niño que salió del bulling*”, entre otras, mencionan “*web, el Google ese...*” que emplean para la búsqueda.

7 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los discursos del personal de salud obtenidos de los instrumentos 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 los 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 excluye, situación que genera tristeza y fortaleza en la PCD. Así mismo, la discapacidad implica respeto, amor, solidaridad, apoyo, ayuda y la atención por parte del personal de salud, actitudes, valores y comportamientos, que afirman el valor de la persona en cuanto tal y la importancia del contexto como facilitador o barrera.

Estos términos en primer lugar indican que la discapacidad es parte de la condición humana(6), es decir, reconoce lo normal y lo propio del hombre(83). En segundo lugar corresponde a problemas en los componentes Cuerpo, Actividades y Participación tanto desde una perspectiva individual como social, además de los Factores contextuales abordados en la CIF(48), de modo que esta representación social de discapacidad, si bien evidencia aspectos del lenguaje empleado por el modelo biopsicosocial adoptado por la OMS, conjuga los modelos médico y social, que tiene en cuenta el entorno (6) y características del modelo de prescindencia que se mantienen.

La figura N°4, sintetiza los hallazgos respecto al nodo central, sistema periférico y fuentes de información.

Figura 4 Nodo central, sistema periférico y fuentes de información



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 al 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(84). 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, destacaron en particular, la experiencia gratificante de ofrecer atención a personas con discapacidades físicas , [...] y una relación de trabajo cordial(85).

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, 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; instrumentos que operacionalizan la moral pública por el reconocimiento de la dignidad, libertad, autonomía, entre otros(44).

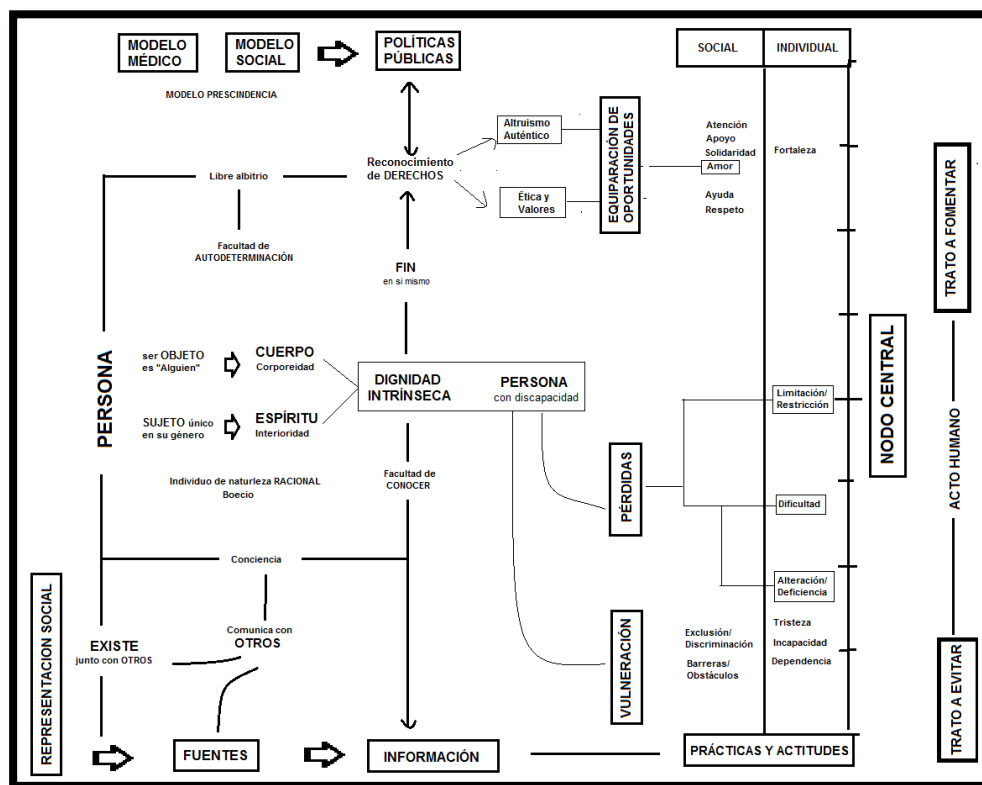
Continuando con el análisis relacionado a los valores, es preciso prestar atención a la relación interpersonal de la consulta, entre personal de salud y persona con discapacidad, que según Rosso,V & Urquiza, T, es también, una “relación ética, donde los valores de cada uno, deben ser conocidos y considerados de igual importancia, lo que exige del personal de enfermería un comportamiento práctico moral”(86). Esta orientación, al igual que la propuesta de los cuatro principios éticos de inspiración hipocrática, mencionado por García, E, vale no solo para el personal de enfermería, sino que trasciende a todo el personal sanitario, que además, asiste a personas con discapacidad: respetarlas, protegerlas, curarlas y cuidarlas, porque que están vivas (87) y otro comportamiento, sería contrario a la ética, característicos del personal de salud.

Ahora bien, Bramley L, Matiti M, refieren, como 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”(88). 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 tristeza, dolor, en la persona con discapacidad y su familia. En este sentido 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 J, no son exclusivas al personal de medicina, sino a 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(89). 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° 5, se sintetiza el análisis de hallazgos a través de los objetivos específicos de la investigación:

Figura 5 Síntesis hallazgos investigación



Las narrativas del personal del centro de salud de salud respecto a 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. Esta problemática, se evidencio 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(84).

El personal de salud, identifico además la necesidad de un conocimiento desde la interdisciplinariedad y la integración de otros profesionales. En este sentido, Roots y Li, propone 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 (90) enriqueciendo la atención centrada en el paciente y mejorando los resultados generales de salud(89) desde un nivel de baja complejidad. 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 N, Campbell EG, Ressalam J, Iezzoni LI, afirmo que hacer visitas domiciliarias a pacientes con discapacidad cambió su “forma de pensar sobre la práctica”(91), 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 (92).

Finalmente, si se trata de implementar una política, una norma, entre otras, como parte de un cambio de paradigma frente a un fenómeno, como refiere Fotia, G, 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(17). A este respecto, como menciona Mora L, 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(93).

Para este propósito, Wojtyla. K. propone actuar desde el altruismo autentico 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” (76). En este caso, un bien reciproco tanto para la persona con discapacidad y el personal de salud que participa de un bien en la cotidianidad de la interacción durante la consulta, contribuyendo 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, Martha Nussbaum, propone una formación en humanidades; (94), 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 (p189).

8 CONCLUSIONES

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 y hace visible 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 resalto a la persona que merece respeto. Los profesionales de psicología, fisioterapia y nutrición, enfatizaron en la participación y la calidad de vida. Este aspecto evidencio la necesidad e importancia de la interdisciplinariedad respecto a la discapacidad, desde la atención en una institución de baja 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 contaron 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 apporto 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.

9 RECOMENDACIONES

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

Personal de salud

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 y 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.

Centros de salud

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 dialogo 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 practicas adecuadas hacia las PCD en el marco del modelo biopsicosocial, puesto que los cambios de personal pueden afectar.

Instituciones educativas

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 dialogo permanente con PCD para la formación de personas responsables, con conciencia ética y solidaria, que logren humanizar el mundo social.

Sistema de Salud, Plan de Desarrollo y Políticas Públicas

Se recomienda el respectivo monitoreo de la implementación de las medidas afirmativas orientadas a garantizar al marco individual, familiar y comunitario desde el dialogo 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.

Personas con discapacidad, familia, cuidador

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 dialogo 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 sociales, 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.

10 EVIDENCIA DE RESULTADOS

10.1 RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES

BENEFICIARIOS

Aspecto	Producto	Indicador	Beneficiario
Generar conocimiento	Informe final de investigación	Divulgación de resultados de investigación	Maestrante
	Publicación de artículo	Artículo aceptado en revista tipo B.	Comunidad científica
Fortalecimiento de la comunidad científica	Formación como magíster de los investigadores. Ponencia en evento Regional o nacional	Certificado de participación como ponente	Comunidad Académica
Apropiación social del conocimiento	Diseño de talleres y estrategias educativas dirigidos al personal de salud de la ESE Elaborar y entregar material IEC que promueva el uso del nuevo conocimiento	Numero de talleres realizados Número de actividades realizadas	Funcionarios Responsables de atención a las PCD Secretaria de Salud y Bienestar Social

	Divulgar conocimiento por medios electrónicos y programa radial local		Comunidad: Funcionarios y usuarios de la ESE
--	---	--	---

10.2 IMPACTOS ESPERADOS

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos
Impacto social: A través de los resultados del estudio sensibilizar y formar a personas responsables de la Atención de las PCD. Mejorar la calidad en la prestación de los Servicios de salud	A corto plazo (Julio 2021)	Seminario-taller en la la ESE	Organización logística que incluye preparación, divulgación, motivación y sensibilización al personal de salud de la ESE.
Impacto psicosocial. Congreso Nacional de Fisioterapia	Corto Plazo 2022	Ponencia RS de Discapacidad en personal de salud de una ESE	Aceptación por parte del Congreso

11 REFERENCIAS

1. Constitución Política de Colombia. Artículo 13, 47 [Título II] [Internet]. Colombia; 2016 [cited 2018 May 26]. Available from:
[http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia.pdf](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf)
2. Hernández M. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. Rev CES Derecho [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 14];6(2):46–59. Available from:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5280484.pdf>
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5280484>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022 [Internet]. Bogota; 2014 [cited 2018 Apr 14]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>
4. MinSalud. Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Discapacidad de Colombia [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 12]. Available from:
<http://www.personeriacali.gov.co/actualidad/noticias/701-la-accesibilidad-movilidad-y-la-exclusion-laboral-problemas-que-afrontan-las-personas-con-discapacidad-en-cali?tmpl=component&print=1&layout=default&page=>
5. Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, FONADIS, OMS/OPS, OIT, PNUD, et al. Inclusión social, discapacidad y políticas públicas [Internet]. Bañados C, editor. Chile: Noviembre de 2005; 2005 [cited 2018 May 13]. 1–130 p. Available from:
[https://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro seminario internacional discapacidad.pdf](https://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro_seminario_internacional_discapacidad.pdf)
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Discapacidad [Internet]. Ginebra; 2011 [cited 2018 Jul 3]. Available from:
https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/302/Informe_discapacidad_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resumen Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. Ginebra; 2011 [cited 2018 Jul 22]. Available from: http://cdrwww.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
8. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes Social166. República de Colombia; 2013.
9. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Lengua Española [Internet]. 23.^a ed. [versión 23.4 en línea]. 2018 [cited 2018 Aug 24]. Available from: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=RCfT1N8>
10. Organización Mundial de la Salud. Componente de Fortalecimiento [Internet]. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC, editor. Ginebra; 2012 [cited 2018 Nov 3]. 59 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Fortalecimiento_spa.pdf;jsessionid=1302D59556B0B96183A3A4FCDC2C8944?sequence=2
11. Martínez-Rozo A, Uribe-Rodríguez A, Velázquez-González H. La discapacidad y su estado actual en la legislación colombiana. Rev Duazary [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 12];12:1–10. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1398>
12. Fernandez-Cid M. La imagen social de la discapacidad intelectual en proceso de cambio. In España; 2000.
13. Martinez J. Representaciones sociales de discapacitado [Internet]. 1st ed. Servicios Académicos Internacionales para eumed.net, editor. Bogotá; 2006 [cited 2018 Nov 9]. 180 p. Available from: www.eumed.net/libros-gratis/2014/1381/index.htm
14. Abric J. Prácticas sociales y representaciones Jean-Claude Abric [Internet]. 1st ed. Coyoacán S.A de C.V., editor. México D.F.; 2001 [cited 2019 Mar 19]. 112 p. Available from: file:///C:/Users/ADA/Downloads/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales.pdf
15. Moscovici S. Psicología Social II. 1984. 473 p.

16. Sartori M. Discapacidad y Representaciones Sociales de la educación especial a la educación inclusiva [Internet]. 1st ed. Fundación Universidad Nacional de San Juan, editor. San Juan; 2010 [cited 2018 Dec 24]. 238 p. Available from:
<http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/libroSartoriMariaLuisa.pdf>
17. Fotia G, Assis C. Representaciones Sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M Ramos Mejía a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. In: IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR [Internet]. Buenos Aires; 2012 [cited 2019 Feb 2]. p. 1–5. Available from:
<https://www.aacademica.org/000-072/286>
18. Páez MJ. Representaciones de discapacidad en el cine mexicano. In: 1er Congreso Internacional Virtual sobre Discapacidad y Derechos Humanos [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 1]. p. 18. Available from: <https://inclusion-international.org/event/1er-congreso-internacional-virtual-sobre-discapacidad-y-derechos-humanos/>
19. Moscovici S. Sobre las representaciones sociales. In: Forgas J, editor. Cognición social: perspectivas sobre la comprensión cotidiana. Nueva York: Academic Press; 1981. p. 181–210.
20. Soto BN, Vasco CE. Representaciones sociales y discapacidad. Hologramática [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 14];1(8):3–22. Available from:
http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/568/hologramatica08_v1pp3_23.pdf
21. Moscovici S. El Psicoanálisis, su imagen y su público [Internet]. 1st ed. Huemul S.A., editor. Buenos Aires; 1979 [cited 2019 May 13]. 1–185 p. Available from:
<http://content.apa.org/journals/bul/16/10/368>
22. Araya S. Las representaciones sociales : Ejes teóricos para su discusión [Internet]. 1st ed. Villegas L, editor. San Jose, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2002 [cited 2019 Jun 22]. 84 p. Available from:

[http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya Uma%F1a Representaciones sociales.pdf](http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya%20Uma%20Representaciones%20sociales.pdf)

23. Brogna P. Escuela y discapacidad: fronteras y horizontes. *Rev Mex Orientac Educ* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 22];XI(27):18–25. Available from: <http://remo.ws/REVISTAS/remo-27.pdf>

24. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID). Bogotá; 2016 [cited 2019 Jun 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

25. Hadis BF, Berger PL, Luckmann T, Hadis BF. La construcción social de la realidad. Amorrortu, editor. *Desarrollo Econ* [Internet]. 1st ed. 1976 Jan [cited 2019 Aug 14];15(60):641. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3466656?origin=crossref>

26. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva [Internet]. 1st ed. Siglo veintiuno Argentina s.a., editor. Science. Buenos Aires; 2005 [cited 2019 Aug 14]. 320 p. Available from: <http://www.redmovimientos.mx/2016/wp-content/uploads/2016/10/Bourdieu-P.-Wacquant-L.-2005.-Una-invitecion-a-la-sociologia-reflexiva.-Editorial-Siglo-XXI.pdf>

27. Moscovici S. Psicología social I, influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos [Internet]. 1st ed. Paidós Ibérica SA, editor. Barcelona; 1985 [cited 2019 Aug 15]. 360 p. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Serge_Moscovici/publication/31732502_Psicologia_social_I_Influencia_y_cambio_de_actitudes_individuos_y_grupos/links/5d4bcc86299bf1995b6ea4e3/Psicologia-social-I-Influencia-y-cambio-de-actitudes-individuos-y-grupos.pdf

28. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc* [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2019 Aug 14];1(2):1–25. Available from: <http://atheneadigital.net/article/view/n2-mora>

29. Seidmann S. HISTORIA DE LA PSICOLOGIA SOCIAL [Internet]. Buenos Aires; 2001 [cited 2019 Aug 14]. Available from:
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/035_psicologia_social1/material/descargas/historia_psico_social.pdf
30. Garrido A, Alvaro J. George Herbert Mead: El interaccionismo simbólico. In: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, editor. Psicología Social Perspectivas Psicológicas y Sociológicas [Internet]. 2nd ed. Madrid; 2007 [cited 2019 Aug 14]. p. 122–8. Available from:
[http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2981/6_OP %23694 _George Herbert Mead- El interaccionismo simbólico .pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2981/6_OP%20694_George%20Herbert%20Mead-El%20interaccionismo%20simb%C3%B3lico.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Samper Padilla JA, Lopez Morales H, Hernandez Cabrera CE. Unidad 5. Interaccionismo Simbólico. In: Produccion y compresion de textos Libro del profesor. 2011. p. 43–6.
32. Durkheim E. Las reglas del método sociológico (EMILE DURKHEIM) [Internet]. Primera ed. Económica F de C, editor. México, D.F.; 1986 [cited 2019 Aug 14]. 209 p. Available from:
https://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45453/mod_resource/content/1/LAS_REGLAS_DEL_METODO_SOCIOLOGICO_-_EMILE_DURKHEIN_-_PDF.pdf
33. Moscovici S. Psicología social, II pensamiento y vida social [Internet]. 1st ed. Paldós Ibérica S.A., editor. Buenos Aires; 1986 [cited 2019 Jul 6]. 380–747 p. Available from: <http://books.google.es/books?id=-Wy9OdYWO-8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
34. Ibañez T. Representaciones sociales: teoría y método. In: Sendai-Carto Tec. S. A., editor. Ideologías de la vida cotidiana [Internet]. 1st ed. Barcelona; 1988 [cited 2019 Mar 22]. p. 153–216. Available from: <https://es.scribd.com/document/412414932/Ibanez-RRSS-Teoria-y-Metodo>
35. Avendaño B. Representaciones Sociales que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la Discapacidad, 2014.

[Internet]. Universidad Autónoma de Manizales; 2015 [cited 2018 Dec 24]. Available from: http://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/231/1/Representaciones_sociales_médicos_enfermeras_fisioterapeutas_fonoaudiólogos_Cartagena_discapacidad_2014.pdf

36. Vargas D. Representaciones Sociales de la Discapacidad en los Consejos Locales de Discapacidad de Bogotá [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2006 [cited 2018 Dec 24]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/2416?locale-attribute=en>

37. Scharagrodsky CJ. Representaciones sociales sobre discapacidad/es y trabajo: articulaciones y transformaciones. Estudio de las inclusiones laborales de personas con discapacidad en Vialidad en el marco de la política pública “SeCLaS” de la provincia de Buenos Aires [Internet]. Universidad Nacional de la Plata; 2017 [cited 2018 Dec 24]. Available from: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/64139>

38. Marchesi A, Martín E. Calidad de la enseñanza en tiempos de cambio. Alianza, editor. Madrid; 1998.

39. Rodríguez N, Ballesteros M, Ortiz J. Representaciones sociales de discapacidad en Neiva. Entornos [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 24];ISSN-e 012(24):259–76. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3798853>

40. Rojas-Malpica C, Díaz J. Estudio de opinión en universitarios de las ciencias de la salud de la Universidad de Carabobo. Medigraphic Artemisa [Internet]. 2006 [cited 2019 May 5];VIII(3):158–64. Available from: https://www.researchgate.net/publication/237024475_Representaciones_sociales_de_la_discapacidad_Estudio_de_opinion_en_universitarios_de_las_ciencias_de_la_salud_de_la_Universidad_de_Carabobo/citation/download

41. Rodríguez I, Núñez A, Bulla J, Lozano A. Representaciones sociales de la discapacidad en estudiantes universitarios. Rev Horizontes Pedagógicos [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 12];18(2):86–93. Available from: <https://horizontespedagogicos.iberro.edu.co/article/view/18207>

42. Fernández-Cid M. Representaciones sociales de la discapacidad y su incidencia en procesos de exclusión/inclusión [Internet]. Modulo IV. Inclusión activa. Madrid; 2014 [cited 2019 Dec 14]. Available from: https://nanopdf.com/download/documento-completo-escuela-de-familias-y-discapacidad_pdf
43. Aguado Díaz A. Historia de las deficiencias [Internet]. 1st ed. Escuela Libre Fundación ONCE, editor. Madrid: Escuela Libre Editorial. Madrid; 1995 [cited 2019 Jan 8]. 463 p. Available from: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol2/arti11.htm>
44. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. 1st ed. Cinca S. A, editor. Vol. 36, CERMI. Madrid; 2008 [cited 2019 Jan 8]. 524 p. Available from: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
45. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad [Internet]. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid; 2001 [cited 2019 Jul 6]. Available from: https://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 583 de 2018. Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad [Internet]. Bogotá; 2018 [cited 2019 Jul 6]. Available from: https://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf
47. Organización Mundial de la Salud OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud [Internet]. 1st ed. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, editor. Madrid; 2011 [cited 2019 Jul 6]. 371 p. Available from: file:///C:/Users/ADA/Downloads/9789243547329_spa.pdf
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF: Versión abreviada [Internet].

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editor. IMSERSO. 2001 [cited 2018 Jul 6]. 1–258 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>

49. Fuentes ML. Una nueva mirada a la Educación Especial en Cuba a partir del concepto de discapacidad según la CIF. *Electron J Res Educ Psychol* [Internet]. 2005 [cited 2019 Jul 6];3(3):193–214. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293121928010.pdf>

50. Ledesma JA. La imagen social de las personas con discapacidad. Estudios en homenaje a José Julián Barriga Bravo [Internet]. 1st ed. CERMI, editor. 1386 [cited 2019 Jul 6]. 283 p. Available from: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Laimagensocialdelaspersonascondiscapacidad_0.pdf

51. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo [Internet]. Nueva York; 2006 [cited 2019 Jul 6]. Available from: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
<http://unimilitar-dspace.metabiblioteca.org/handle/10654/6579>
http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT23/GT23_SanchezJimenez.pdf
<http://www.usergioarboleda.edu.co/civi>

52. Brogna P. El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Cad ESP, Ceará* [Internet]. 2006 [cited 2019 Oct 12];2(2):Pág. 7-12. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/17>

53. Asamblea General Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 1948 [cited 2019 Oct 12]. Available from: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

54. Mitra S. The Capability Approach and Disability. *J Disabil Policy Stud* [Internet]. 2006 Mar 14 [cited 2019 Oct 12];16(4):236–47. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/251786648_The_Capability_Approach_and_Disability

55. Pfeiffer D. The conceptualization of disability. Altman BM, Barnartt S, editors.

Oxford: Exploring theories and expanding methodologies; 2001. 29–52 p.

56. Comité español de ACNUR. Agencia de la ONU para los refugiados [Internet]. 2018

[cited 2018 Jul 3]. Available from: https://eacnur.org/blog/edad-antigua-breve-resumen-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/

57. Sánchez M. La evolución de la imagen social de la discapacidad. Sobre ruedas

[Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15];1–3. Available from:

https://siidon.guttman.com/files/sr_96_2018_digital_0.pdf

58. Oliver M. ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? In:

Morata, editor. Discapacidad y sociedad. Madrid; 1998. p. 34–58.

59. Lee R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. J

Econ Perspect [Internet]. 2003 Nov 1 [cited 2019 Jul 3];17(4):167–90. Available from:

<https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/089533003772034943>

60. Bellina Jorge. Discapacidad, mercado de trabajo y pobreza en Argentina. Invenio

[Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 22];16(30):75–90. Available from:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87726343006>

61. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Información

estadística de la discapacidad [Internet]. 2004 [cited 2019 Jul 3]. Available from:

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf

62. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de las Personas con

Discapacidad (PCD) [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 22]. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/presentacion-sala-situacional-discapacidad-2017.pdf>

63. Colombia G de. Retos Diferenciales En El Marco Del. Dane [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 8];1–9. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>
64. Secretaria de Equidad de Genero e Inclusión Social. Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social del Departamento de Nariño 2013-2031. San Juan de Pasto; 2014.
65. Toboso-Martín M. De los discursos actuales sobre la discapacidad en España. Política y Soc [Internet]. 2013 Sep 12 [cited 2019 Nov 15];50(2):681–706. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/39007>
66. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad [Internet]. 1982 [cited 2019 Jul 6]. Available from: http://www.insor.gov.co/home/wp-content/uploads/filebase/programa_mundial_discapacidad_1982.pdf
67. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad [Internet]. 1994 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498>
68. Ministerio de Salud y Protección Social. Normograma de Discapacidad para la República de Colombia [Internet]. Bogotá; 2019 [cited 2019 Nov 15]. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?name=های رسازنه و فرهنگ‌نگار&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chkhask=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component%0Ahttp://www.albayan.ae%0Ahttps://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=APLIKASI+PENGENA
69. Ley Estatutaria 1618 [Internet]. Bogotá; 2013 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY-ESTATUTARIA-1618-DE-2013.pdf>

70. Burbano Jaramillo E, Becerra Calle J. Grupos focales. Una Herramienta poderosa en investigación Evaluativa. 1st ed. Serie Herramientas Metodológicas, editor. Cali: Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo CIMDER; 1995.
71. Valdes JL. Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social. 2nd ed. Universidad Autónoma del Estado de México, editor. Toluca, México; 2010. 157 p.
72. Moscovici S. Un largo prefacio. In: Anthropos, editor. Espacios imaginarios y representaciones sociales [Internet]. 1st ed. Barcelona; 2007 [cited 2019 Nov 15]. p. 370. Available from:
https://www.academia.edu/35731261/ESPACIOS_IMAGINARIOS_Y_REPRESENTACIONES_SOCIALES
73. Cuevas Y. Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. Cult y Represent Soc [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 16];11(21):109–40. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v11n21/2007-8110-crs-11-21-00109.pdf>
74. Menéndez C, Conde J, Ortega M. Contextos y cambios evolutivos en la adolescencia, madurez y senectud: Necesidades e intervenciones colectivas [Internet]. 1st ed. Docents T, editor. Barcelona: Textos docents 334; 2007 [cited 2019 Mar 16]. 15 p. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/258995498_Contextos_y_cambios_evolutivos_en_la_Adolescencia_Madurez_y_Senectud_Necesidades_e_Intervenciones_educativas/link/54f655500cf2ca5efefdf15c/download
75. Forni P. Reflexiones metodológicas en el Bicentenario. La triangulación en la investigación social 50 años de una metáfora [Internet]. 1st ed. Julio Pinto, editor. El Salvador; 2010 [cited 2019 Mar 16]. Available from:
<https://www.aacademica.org/pforni/69.pdf>
76. Wojtyła K. Amor y responsabilidad : Estudio de moral sexual [Internet]. 3rd ed. Razón y Fe S. A., editor. Madrid; 1978 [cited 2020 Jul 31]. 347 p. Available from:

http://www.mercaba.org/LECTOR_PDB/Amor y Responsabilidad, Cardenal Karol Wojtyla.pdf

77. Sarto MP. Familia y Discapacidad. In: III Congreso “La atención a la Diversidad en el Sistema Educativo” [Internet]. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO); [cited 2020 Jul 31]. p. 1–11. Available from: <https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
78. Chesterton G. El hombre Eterno. 2nd ed. Cristiandad, editor. Madrid; 2007. 352 p.
79. López A. Karol Wojtyla y su visión Personalista del Hombre. Cuest Teológicas [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 31];39(91):119–37. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cuestiones/article/view/5228>
80. Rojas Cadena L. La persona en la educación superior. Una mirada desde el personalismo ontológico moderno. Franciscanum [Internet]. 2017 Aug 10 [cited 2020 Jul 31];59(168):145. Available from: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Franciscanum/article/view/3399>
81. Santiago O, Marrero G, Diaz G. Las actitudes hacia las personas con discapacidad. Una revisión de estudios empíricos. El Guaniguada [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 31];12:169–82. Available from: <https://ojsspdc.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuiniguada/article/view/621>
82. Organización Mundial de la Salud (OMS). Componente de Subsistencia [Internet]. Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC. 2020-07-31; 2012 [cited 2020 Jul 31]. Available from: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44809>
83. García Sanchez E. “Dignidad y vulnerabilidad: propuesta bioética de compatibilidad.” In: Universidad Católica de Valencia, editor. Comunicación presentada en las VIII Jornadas de la AEP: Bioética personalista: fundamentación, práctica, perspectivas [Internet]. Valencia; 2012 [cited 2021 Jan 8]. p. 7. Available from: https://repositorioinstitucional.ceu.es/jspui/bitstream/10637/6531/1/Dignidad y vulnerabilidad_propuesta bioética de compatibilidad.pdf

84. Loeb DF, Bayliss EA, Candrian C, DeGruy F V., Binswanger IA. Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 Dec 22 [cited 2020 Feb 10];17(1):34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0433-z>
85. Dassah E, Aldersey HM, McColl MA, Davison C. Healthcare providers' perspectives of providing primary healthcare services to persons with physical disabilities in rural Ghana. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2019 [cited 2018 Jul 3];20(e108):1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6609974/pdf/S1463423619000495a.pdf>
86. Rosso V, Urquiza T. Orientación deontológica y bioética en el ejercicio de la enfermería. *Rev Enferm Hosp Ital* [Internet]. 2003;19:14–23. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Orientación-deontológica-y-bioética-en-el-ejercicio-Rosso-Urquiza/dc0945852c8a926aaaec7c31888a2a8042d9c090>
87. García Sánchez E. “Dignidad y vulnerabilidad: propuesta bioética de compatibilidad.” In: VIII Jornadas de la AEP: Bioética personalista: fundamentación, práctica, perspectivas [Internet]. 2012. p. 1–7. Available from: https://studylib.es/doc/6941998/dignidad-y-vulnerabilidad_propuesta-bioética-de
88. Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 Oct 31 [cited 2021 Feb 21];23(19–20):2790–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12537>
89. Reynolds JM. MEDICINE AND SOCIETY Three Things Clinicians Should Know About Disability. *AMA J Ethics* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 1];20(12):1181–7. Available from: www.amajournalofethics.org
90. Roots RK, Li LC. Recruitment and retention of occupational therapists and physiotherapists in rural regions: a meta-synthesis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 Dec 12 [cited 2021 Mar 1];13(1):59. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-59>

91. Agaronnik N, Campbell EG, Ressalam J, Iezzoni LI. Exploring Issues Relating to Disability Cultural Competence Among Practicing Physicians. *Disabil Heal*. 2019;3(1):403–410.
92. Immig C. A presença profética das pessoas com deficiência no atual contexto cultural: questões antropológicas, éticas e sociais. Pontif Univ Lateranensis, Acad Alfonsiana, Institutum Superius Teol Moralis. 2010;
93. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev Cuba Oftalmol* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 1];28(2):228–33. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
94. Jiménez Bósquez D. NUSSBAUM, Martha C. Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades. Katz, editor. Vol. 28, *Universitas Philosophica*. Buenos Aires; 2010. 297–303 p.

12 ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario dirigido a personal de salud

TITULO DEL PROYECTO: Representaciones sociales sobre discapacidad del personal asistencial de una ESE en el municipio de la Unión Nariño 2019.

Objetivo del instrumento: Identificar conocimientos, actitudes y prácticas sobre discapacidad en personal de salud participante

La información recolecta será usa solo con fines investigativos y que se guardará la confidencialidad y la información del participante.

a. Datos personales

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Nivel de estudios. Profesión actual y tiempo de experiencia
- 4) Estrato socioeconómico
- 5) ¿Mantiene algún tipo de contacto con personas con discapacidad?
- 6) Razón del contacto (puede señalar más de una...
- 7) Frecuencia del contacto
- 8) Tipo de discapacidad (puede señalar más de una)

b. Ejercicio de asociación de palabras

1) Escriba las primeras CINCO palabras que vienen a su mente cuando se habla del concepto discapacidad

2) De esas palabras, organice de 1 a 5, según el grado de importancia que considere

1	
2	
3	
4	
5	

3) ¿Por qué usted considera que las palabras que ubico en el primero y segundo lugar son más importantes que las demás?

4) ¿En qué situaciones o contextos ha escuchado este término?

c. Construcción y explicación de dibujo

1) Realice un dibujo acerca de ¿cómo es la discapacidad

2) Explique brevemente el dibujo que elaboró en el punto anterior

Anexo 2. Guía para entrevista semiestructurada

TITULO DEL PROYECTO: Representaciones sociales sobre discapacidad del personal asistencial de una ESE en el municipio de la Unión Nariño 2019.

Objetivo del instrumento: Identificar actitudes y prácticas sobre discapacidad en personal de salud clave

La información recolecta será usa solo con fines investigativos y que se guardará la confidencialidad y la información del participante.

- 1). Usted además de haber participado de forma activa desde la implementación de la circular 09 de 2017, la resolución 583 de 2018 y el desarrollo de un Proyecto de RBC durante 2018 y 2019, tiene un familiar con discapacidad. A partir de estas dos experiencias, puede identificar ¿si han cambiado sus comportamientos en relación con la discapacidad, desde su rol como personal de la salud?
- 2). ¿Este cambio es positivo o negativo respecto a sus prácticas durante la prestación de su servicio y las personas con discapacidad? ¿Porque?
- 3). ¿Cómo valora usted la discapacidad?
- 4). ¿Puede señalar las razones que lo llevan a emitir dicha valoración?
- 5). ¿Qué acciones emprendería frente a la discapacidad para garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, desde su rol y nivel de atención?
- 6). ¿Qué acciones evitaría, y por qué?

Anexo 3. Guía para grupo focal

TITULO DEL PROYECTO: Representaciones sociales sobre discapacidad del personal asistencial de una ESE en el municipio de la Unión Nariño 2019.




Objetivo del instrumento: obtener información cualitativa por grupos poblacionales seleccionados según categorías objeto


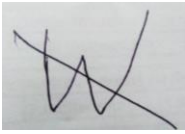


Metodología: se propiciará un ambiente que facilite el dialogo y la participación y toma de decisiones. Se presentará el propósito y socializarán los resultados obtenidos del análisis de los datos del cuestionario para confrontar a nivel grupal.


La información recolecta será usa solo con fines investigativos y que se guardará la confidencialidad y la información del participante.

- Como (nombrar el grupo por profesión), ¿Qué Fuentes de información han incidido en la construcción de las representaciones sociales que tienen sobre discapacidad?
- En el quehacer diario de cada día la orientación es una práctica que forma parte de la atención a nuestros usuarios, entre ellos PCD; el RLCPD indaga si han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad, y reporta que a nivel nacional es del 52% y en Nariño del 32% ¿a qué razones consideran estos resultados?
- ¿Qué practicas nuevas o a evitar identificamos, que favorezcan la inclusión de PCD en el marco conceptual y legal actual?
- ¿Qué acciones estarían dispuestos a emprender para aportar a la Inclusión social de las personas con discapacidad desde su quehacer
- ¿Qué recomendaciones harían a la Academia y a las instituciones de educación de profesionales, tecnólogos y técnicos de la salud acerca de la discapacidad en el marco conceptual y legal actual?
- Que practicas recomendarían incluir a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el campo de la discapacidad.

Anexo 4. Enunciados obtenidos por personal de enfermería a partir de la asignación de importancia de las palabras y realización y explicación de dibujo


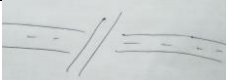

Palabras	Enunciado asignación importancia	Dibujo	Explicación dibujo
Limitación Pérdida	Es muy importante establecer la limitación para poder definir la conducta de atención. La pérdida puede ser física, intelectual o sensorial que afecta la interacción y depende de esta, es el manejo que se le va a dar para brindarle una atención en salud digna y humanizada.		Un usuario con discapacidad necesita del <u>apoyo</u> de todo el núcleo familiar y de la sociedad, para que pueda llevar una vida sin disminución y tener una mejor calidad de vida
Ceguera Sordo	Tanto la ceguera como el sordo me parecen, son discapacidades muy difíciles de llevar, no todos saben el lenguaje de señas ni tampoco todo está diseñado en la sociedad para un ciego para que pueda desplazarse sin ninguna dificultad.		El primer dibujo es un hombre en silla de ruedas. El segundo es un hombre con un bastón porque no ve. El tercer es más o menos con imágenes con forma de corazón, implica <u>cuidar con amor.</u>
Tristeza Obstáculos	Deben sentir tristeza de estar incompletos y esto hace que se presenten muchos obstáculos en la vida, pero		Puede que esta persona sea un soldado y en un tiroteo perdió su brazo.




	que se deben trabajar para salir adelante		
Fortaleza Comprensión	Las PCD son personas comprometidas con la vida, valientes, fuertes para soportarla y sobrellevarla		Un computador sin mouse, aunque se pueden cumplir algunas funciones sin necesidad del mouse, hay <u>dificultades</u> para realizarlos, al tener un mouse se pueden realizar más actividades más fácilmente.
Inhabilidad Ayuda	Cada vez que veo una persona con discapacidad siento todo el esfuerzo que tuvo que realizar por su inhabilidad para realizar algunas actividades y siento el deseo de ayudar.		<u>Dificultad</u> para trabajar normalmente
Solidaridad Cuidar	Solidaridad y el cuidado es lo más importante, cuando estamos en contacto con una persona con discapacidad genera empatía		Dos manos que representa el <u>apoyo y unión</u> que debemos brindar a todas las personas que tienen algún tipo de discapacidad
Tristeza Temor	Porque al ver a mi hijo que no puede caminar me da mucha tristeza porque el anhelo de él es caminar y poder jugar como lo hacen los otros niños y el ver su		Es una caminador pediátrico con soporte para que mi hijo se siente cuando se cansa de caminar, Silla de ruedas




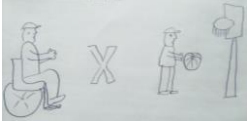
	<p>carita de tristeza me llena de mucho dolor en mi corazón.</p> <p>Con respecto a un primo que vive en la casa y es sordo y sufre de esquizofrenia nos produce mucho miedo porque se vuelve agresivo.</p>		
<p>Dificultad</p> <p>Tristeza</p>	<p>Porque se le dificulta realizar las cosas que ellos necesitan y la da depresión y tristeza, no pueda tomar sus propias decisiones.</p>		<p>Es una persona en una silla de ruedas no puede realizar sus cosas por sí mismo</p>



Nota: Transcripciones de los enunciados del ejercicio de asociación de palabras, realización y explicación de dibujo.

Anexo 5. Enunciados obtenidos por personal de medicina a partir de la asignación de importancia de las palabras, realización y explicación de dibujo

Palabras	Enunciado asignación importancia	Dibujo	Explicación dibujo
Exclusión Limitación	<p>Porque una persona en condición de discapacidad debido a su condición y a la falta de educación a la comunidad es excluida lo que limita a una participación como ciudadano.</p> <p>Se excluye muchas veces por la limitación al realizar actividades.</p>		<p>La discapacidad abarca diferentes tipos de limitación y debe tener en cuenta su clasificación intelectual sensorial, mental y física, la comunidad cree que solo existe un tipo de discapacidad. Paciente discapacitado sin una extremidad y necesita ayuda para desplazarse ya que además tiene pérdida de ayuda visual.</p>
Discriminación Actividad	<p>Por el estado social en el que se vive y la falta de oportunidades</p>		<p>Un camino que es interrumpido por la discapacidad, pero con una adecuada actitud para el manejo se puede seguir transitando</p>
Familia Apoyo	<p>La familia es el pilar fundamental para cualquier situación que</p>		<p>Paciente que presenta discapacidad física para poder realizar la</p>




	se nos presente, además de brindarnos el apoyo incondicional frente a los problemas.		marcha con sus miembros inferiores y <u>encuentra barreras.</u>
Superación Confianza	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.		La discapacidad requiere ayuda y colaboración de toda la comunidad, el paciente que la padece tiene derecho a disfrutar de todas las comodidades y beneficios de la sociedad no debe tener limitantes.
Respeto Ayuda	Porque primero está la humanización de sus derechos fundamentales con respeto y ayuda en caso de que esos derechos sean vulnerados.		Paciente con pérdida de ojo derecho.
Soledad Tristeza	Porque las dejan solas, las rechazan y eso lleva a la soledad y tristeza.		Paciente con desprendimiento de retina bilateral con discapacidad visual total, quien utiliza un bastón como guía para poderse desplazar de un lugar a otro y así no




			ser tan dependiente de terceros.
Anatómico Fisiológico	Es la base de donde se genera la discapacidad		Persona con discapacidad física con limitación para la deambulacion por afectación del aparato locomotor.
Limitación Imposibilidad	Son las que mejor describen la discapacidad		Representa una de las discapacidades más visibles y fáciles de diferenciar, demostrando una de las limitaciones más preocupantes que es la movilidad y la limitación
Invalidez Inhabilidad	Porque define de forma acorde el concepto		Persona que se encuentra en discapacidad física, requiere de ayuda de su familia para que pueda realizar sus actividades diarias y necesarias.
Restricción Deficiencia	Porque genera restricción para realizar actividades y deficiencias al afectar		Niño o adulto en estado de parálisis de miembros inferiores lo cual le impide




	una estructura y la función de alguna parte del cuerpo		desplazarse con ellos, le limita para caminar, correr, jugar, etc.
Alteración Dificultad	Por el grado de afectación físico, mental		Persona con discapacidad visual utiliza bastón para invidentes, presenta muchas <u>barreras</u> .
Limitación Dependencia	Porque la discapacidad es una limitación física o intelectual que hace que la persona dependa de otra persona		La persona no puede realizar actividades por si mismas en este caso tiene ausencia de la mano derecha, por lo cual esta persona tiene dificultad para realizar algunas tareas.

Nota: Transcripciones de los enunciados del ejercicio de asociación de palabras, realización y explicación de dibujo.

Anexo 6. Enunciados sobre discapacidad obtenidos por personal de odontología a partir de la asignación de importancia de las palabras y realización dibujo


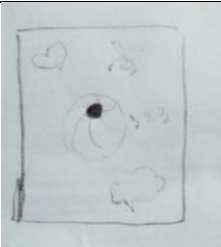

Palabras	Enunciado asignación importancia	Dibujo	Explicación dibujo
Control Personal	Porque se habla del control de sus actos personales a que pueda tener una persona sean psicológicos, físicos, mentales, auditivas, visual o múltiples.		El señor en el dibujo presenta una discapacidad física, y que no posee un brazo
Atención Acompañamiento	Porque las personas con discapacidad siempre deben de pasar primero que las personas que gozan de todas sus capacidades y facultades y siempre deben de estar acompañadas de un familiar		La niña le habla pero él no escucha y tampoco puede hablar , es sordomudo.
Desventaja Respeto	Una persona con discapacidad se encuentra en condición de desventaja por su limitación y de ahí se dependen todo tipo de consideraciones sin olvidar que ante todo es una persona igual que		Es un paciente que tiene una discapacidad física pero a pesar de eso está contento porque goza del respeto de sus derechos dentro de




	las demás y por ende merece respeto.		una sociedad que le brinda igualdad
Amor Ayuda	Amor porque son personas llenas de virtudes que se merecen el apoyo de todas las personas		Un persona con discapacidad necesita mucho amor y respeto con una persona sin este problema
Incapacidad Invalidez	Porque son palabras que enfocan más lo que es una discapacidad		El señor se encuentra en una silla de ruedas, porque se encuentra discapacitado, no puede caminar.
Respeto Amable	Considero que el respeto tiene que ver mucho en cuanto al trato de las personas sin importar cualquier 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.		Son elementos necesarios para personas que sufren de diferentes discapacidades ya sean auditivas, visuales y motores.

<p>Inseguridad Frustración</p>	<p>Creería que esto se puede generar en una persona con discapacidad</p>		<p>Persona con discapacidad física en silla de ruedas y persona con discapacidad visual con bastón</p>
<p>Respeto Comprensión</p>	<p>Un persona con discapacidad se le debe brindar el mismo respeto que a las demás, entenderla y hacerle sentir lo más cómodo posible</p>		<p>Una persona que padece una discapacidad física a pesar de eso es una persona que se muestra feliz porque su condición no le limita.</p>
<p>Psicológica Mental</p>	<p>Una persona con discapacidad necesita muchas áreas de ayuda psicológica, muchas veces por el rechazo de las personas que son un poco groseras.</p>		<p>Un señor en silla de ruedas. Es una condición que limita la posibilidad de realizar una actividad.</p>

Nota: Transcripciones de los enunciados del ejercicio de asociación de palabras, realización y explicación de dibujo.

Anexo 7. Enunciados sobre discapacidad obtenidos por personal de psicología, fisioterapia y nutrición a partir de la asignación de importancia de las palabras y realización dibujo

Palabras	Enunciado asignación importancia	Dibujo	Explicación dibujo
Incapacidad Dificultad	Porque se les debe dar la importancia oportuna y necesaria al usuario para mejorar la calidad de vida		Menor en sillas de ruedas
Valor Barrera	Se requiere valor para vencer las barreras de todo tipo así como las pérdidas y las dificultades que implican		Una hoja blanca con un punto negro perdido en la inmensidad de la hoja, 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.
Dependencia Cuidado	Un persona con discapacidad requiere de una cuidado más especial y específico, claro está dependiendo del tipo de discapacidad que posea, lo cual hace dependiente de		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

	otros y que requiera de un cuidador		entendible de proyectar que es una discapacidad y a su vez es sensibilizar.
Complejidad Dificultad	De una u otra manera afecta la calidad de vida del individuo		Solidaridad
Apoyo Solidaridad	Implican la actuación de la comunidad en general para el beneficio de una persona con discapacidad		Dibuje una persona invidente que se apoya de un bastón para poder desplazarse e ir a la universidad, a la tienda, a cantar,...
Vida Salud	La vida es una conjugación de varias cualidades relevantes para subsistir. La vida es la generosidad, la sanación del alma para tener el cuerpo. La vida es el don maravilloso que nos regaló Dios. Si se tiene buena salud, alimentándose bien, con el deporte la salud y la vida es un reflejo de lo que se alimenta. La vida y la salud son la felicidad para dar al otro.		Dibuje a mi madre postrada en cama y a mi sobrino quien no camina, tiene 6 años, toda la vida se la ha pasado en la cama, se le orientan los conocimientos en casa, se le hacen masajes a su cuerpo, se aplica cremas. Sería muy beneficioso el colchón anti escaras.

Nota: Transcripciones de los enunciados del ejercicio de asociación de palabras, realización y explicación de dibujo.

Anexo 8. Fuentes de información sobre discapacidad identificadas en los grupos focales y entrevista

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	CATEGORIA
Enfermeros	Médicos	Odontólogos	Cuestionario
-La Historia clínica -El examen físico -La ecografía que se están tomando o ese tamizaje genético, nos da una información, pero mejor sería que nadie supiera para IVE, antes se les dejaba nacer -Cuando lo vi... el nivel de las orejas -Consultas con especialistas-....., por ejemplo, unos con los que trabajé eran súper hábiles, fue una	- Historia clínica - Capacitaciones aquí dentro de la institución - En la capacitación del rural en el IDSN - Paraclínicos - Curso certificación discapacidad - Imágenes, entonces le mostramos imagines mire usted puede jugar usted puede hacer deporte - Campañas de sensibilización, hicimos algunas actividades tapados los ojos, cuando teníamos que hacer actividades con una sola pierna, cuando teníamos que ser actividades amarrados de un brazo, allí es donde realmente veíamos lo	- En las capacitaciones - La persona con discapacidad que atendemos - La misma comunidad - La cultura	Contexto laboral - Trabajo

<p>experiencia muy bonita</p>	<p>importante que es tener las piernas, lo importante que es contar con la audición y muchas otras cosas, cuando nosotros de pronto hicimos esa práctica nos sensibiliza, nos puso por un instante en los zapatos de esa persona con discapacidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen físico - En las capacitaciones - el Google ese - La televisión - El Ministerio con todas sus resoluciones, medios de comunicación. - Las instituciones siempre nos dan capacitaciones - Folletos que entregan - La misma comunidad - La persona con discapacidad - La familia - La cultura <p>-le vi los dientes negritos en la consulta, como le estarán doliendo los dientecitos a esa niña y la remitimos a odontología.</p>		
-------------------------------	--	--	--

<p>- Campañas de sensibilización en instituciones educativas</p>	<p>- Ateneo en la Universidad</p>	<p>- El Ministerio con todas sus resoluciones, medios de comunicación. - Las instituciones siempre nos dan capacitaciones - Folletos que entregan</p>	<p>Instituciones - Sitios públicos</p>
<p>- Uno ya lo ha vivido en carne propia - mi idea nació básicamente de mi papa, mi papa fue mi motor mi inspiración - A veces el solo escuchar yo creo tenemos un familiar le contaba lo de mi primito entonces ese hecho</p>		<p>- La familia</p>	<p>La familia</p>
<p>- Conversaciones en el trabajo, con</p>			<p>Comunicación social</p>

la familia y amigos			
-La resolución que habla sobre discapacidad	- La parte legal es una fuente, nos dieron Resoluciones (normas)		Normatividad
-Por ejemplo, la televisión o cuando sale el presidente en algunas ocasiones esta la persona con señas -Publicaciones en Facebook, del niño que salió del bulling	- Medios de comunicación - Web - Medios de comunicación	- el Google ese - La televisión	Medios de Comunicación

Nota: Recopilación de algunos enunciados que hacen parte de los discursos de los participantes en los diferentes grupos focales y entrevistas.

Anexo 9. Conocimientos de los participantes relacionados con la normatividad vigente en discapacidad

<i>Categoría</i>	<i>Bien informado</i>		<i>Mal informado</i>	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
<i>Visual</i>	22	61%	14	38%
<i>Física</i>	21	58%	15	41%
<i>Mental</i>	14	38%	22	61%
<i>Múltiple</i>	15	41%	21	58%
<i>Auditiva</i>	23	63%	13	36%
<i>Intelectual</i>	12	33%	24	66%
<i>Sordoceguera</i>	12	33%	24	66%

Nota: resultados recopilados a través de cuestionario

Anexo 10. Conocimientos del personal de salud sobre discapacidad

Conocimientos del personal de salud sobre discapacidad
La información se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social (18). Esta dimensión no solo considera los conocimientos respecto a un tema, sino que, además, orienta la atención a las fuentes de información, consideradas por Moscovici como lugar de mediación de diferentes tipos de comunicaciones.
Según Abric (1976,1987) el núcleo central, es el elemento fundamental de la representación, ya que determina la significación y organización de la representación(32)
El personal se expresa principalmente, desde el nosotros, en plural, desde esa dimensión social, haciendo manifiesto el nodo central en este aspecto:
“ <u>tenemos</u> que seguir formándonos, seguir recibiendo capacitaciones para hacer algo bien,” “Primero capacitarnos, segundo es difícil porque <u>nosotros</u> que somos certificadores nacionales recibimos 3 días de capacitación, 8 horas diarias, después

hicimos un curso por internet y eeeeeee..... o sea, una cantidad de información”.

“Muchas familias desconocen que tienen derechos” “no sé qué vamos a hacer con la alcaldía y esos programas del estado, mande y mande personas acá por certificados que porque tienen discapacidad... Ah? Y vienen es bravos, groseros, cuando uno les dice que no tienen discapacidad, (se toca la cabeza, cierra los ojos) lidiar con esto si es difícil.... y vaya si uno se las supiera todas, esto de la discapacidad, así con CIF y todo, es nuevo para nosotros” (MDGF) – Nodo Central (NC)

“Se hace difícil, porque... a ver, (hace gesto como de tomar aire) desgraciadamente las normas las hacen atrás de un escritorio. No miran que cada población, que cada municipio, cada realidad es diferente, una persona con discapacidad tiene que ser atendida de mejor manera, incluso con más calidez porque ha sido una persona muchas veces relegada por la sociedad, llega al servicio médico y el médico con el afán tras un computador se vuelve simplemente una persona que está escribiendo.....¿ cómo uno puede llegarle a una persona simplemente con estas limitaciones y tratar de ayudarlas si realmente por un lado nosotros tenemos que tratar de hacer lo mejor posible, por otro lado nos obligan con el tiempo,..... a nosotros nos ponen barreras y esas barreras muchas veces son situaciones que afectan al usuario” (MDES) – NC

“nos falta a veces información, qué educación le puedo dar,. y como le debo orientar”.

“Porque a uno en la universidad, así como tal,.... nunca le dice a uno cómo debe actuar ante una discapacidad,..... o sea no hay conocimiento o el manejo que se les puede dar” (ENGF) –NC

“continuar capacitaciones y capacitaciones con la familia de personas con discapacidad, a veces se requiere educar, porque los dientes es lo que más descuidan de las PcD, solo vienen por pañales y demás.... Y ya solo vienen a odontología para extracción de dientes, cuando se pudo evitar...., pero piensan que están perdiendo el tiempo cuando les educamos” “dos turnos para la consulta, pues no es fácil hacerle bonito en 20 minutos,

una vez una chica mordió un equipo y se rompió... noooooooooo, vaya lio,... con tiempo uno primero educa a la familia sobretodo”, (ODGF)

“que el personal médico no se nos ponga como una máquina de atender pacientes y formular medicamentos, que tenga la solución a la vuelta de la esquina eso hace que deshumanicemos la atención médica cosa que es totalmente contraria a la profesión” (MDGF) - NC

Anexo 11. Practicas del personal de salud y discapacidad1

Practicas del personal de salud y discapacidad1

Funciones de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas (32), y ya que las RS, son una guía para la acción. Por lo mismo, juega un papel importante en la implementación de prácticas ante fenómenos que impliquen transformaciones y/o cambios en el comportamiento.

Funciones justificadoras: permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos(32), ya que las RS se presentan también luego de la acción, y dependen y evolucionan según el tipo de relación adoptado respecto a otro grupo

El personal se expresa principalmente, desde el nosotros, en plural, desde esa dimensión social, haciendo manifiesto el nodo central en este aspecto:

“Si ha cambiado porque antes nadie nos capacito” “gracias a las capacitaciones, pues obviamente que uno tenía un concepto erróneo, para mí, todo viejito.... el hecho de llegar todo viejito; ya era discapacidad”. (ENGF) - NC

“acerca de lo de discapacidad, desde que llego la doctora, empezó como a introducirnos de qué se trata, qué hay que hacer con personas con discapacidad, cómo hay que atenderlos!. Nos enseñó el lenguaje de señas, o sea nos contextualizo tanto, que uno ya se familiariza con el tema; que era una cosa desconocida aquí en la unión, no, pues aquí en la ESE, entonces; y personalmente, si he tenido personas con discapacidad que fue mi abuela, ahorita pues mi papa tiene una discapacidad”. (ENGF) - NC

“lo que tiene que ver con discapacidad eeeee digamos que ha sido algo nuevo,.... en qué sentido, porque si bien, uno ha salido de una formación Universitaria, pues yo ya llevo 20 años de médico y realmente siendo sincero no se ha tocado de la temática, bueno realmente no se hablaba de discapacidad simplemente enfermedades y es por ello que en la actualidad, ya estudiar y participar activamente pues en la parte de discapacidad, conocimientos obtenidos en los últimos tiempos; en los últimos prácticamente, dos años, por parte del Ministerio, por parte de la doctora, también nos ha ayudado mucho a socializar y a sensibilizar al personal médico sobre la discapacidad”. (MDES) - NC

“Listo, si ha cambiado; porque anteriormente en la realidad no le mirábamos el entorno, que le afectaba la parte social, laboral, ambiental, psicológica, o sea, no nos enfocábamos en eso; desde el año pasado que empezamos, ya a ver, la parte de discapacidad, ya nos enfocamos”. (MDES) - NC

“me tocan mucho el corazón no es el hecho de sentir lastima por el paciente, pero uno entiende la situación, ya; porque la persona de pronto, no ha tenido la oportunidad de asistir a un centro a que le enseñen a ser un poco más independiente si no pues que le echan toda la carga a la familia”. (ENGF)

Anexo 12. Practicas del personal de salud y discapacidad2

Practicas del personal de salud y discapacidad2
Funciones identitarias: definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos(32), una función importante ya que permite a los grupos obtener un espacio en la realidad social, desde sus normas y valores; y les permite a los mismos interactuar como colectividad o de forma individual desde sus características particulares, a partir de las cuales establecer comparaciones o ejercer control social.
El personal se expresa principalmente, en singular, es decir, el sistema periférico, en este aspecto:
<p>“Porque uno ya sabe por ejemplo, uno cargando el niño o en la silla de ruedas no es lo mismo que estar cargándolo por sus propios medios ósea uno se cansa por ejemplo yo a mi niño al cargarlo me canso mucho entonces mi esposo lo carga, ...[]... entonces uno ve eso en esas personas con discapacidad,..... trata que ellos se sientan bien atendidos por ejemplo cuando va a una cita médica lo primero que quiere es que lo atiendan rápido para salir rápido entonces uno trata así..... ayudarlos para que cualquier vuelta o cualquier diligencia se sientan satisfechos se sientan contentos que no se sientan tristes por algo si no se los atiende rápido hay gente que se vuelve susceptible y empieza a llorar,.....(silencio)... por la misma razón de que uno ve un niño con discapacidad o una persona con discapacidad quiere que lo atiendan rápido para irse para la casa y a veces hay personas que no miran esas cosas hay pacientes que tienen discapacidad y no les ceden el turno entonces entonces eso es lo que uno más quiere que la persona sea atendida bien y que se vaya contenta para la casa”. (ENGF)</p> <p>“uno ya lo ha vivido en carne propia”, “... uno en la familia lo vive y eso yo lo sé, porque las familias han venido a decir; él se quería quitar la vida o ha pasado esto, pero es por esto” “tener un familiar con discapacidad es verte la película entera y detrás de cámaras”. (ENGF)</p> <p>“ahorita trabajando digamos llega un paciente y yo lo veo como que de verdad, ve lo han mandado solito y yo digo así mismo ha de ser mi papa cuando no lo podemos acompañar entonces yo es como que venga en que le colaboro; si yo digo -de pronto en cualquier</p>

momento a mi papa allá donde el este o donde yo no lo pueda acompañar me le van a colaborar me le van ayudar- entonces yo es como esa vaina o llega una persona acá y es como desde un principio no eso está como raro; remitámoslo, digámosle al médico que lo valore, no dejemos que avance porque pueden llegar a complicarse pues no bendito Dios mi papito no se ha complicado, se mantiene”. (ENGF)

“Ahora los escucho más. Y más que dar lecciones, trato de que encontrar junto con la familia lo verdaderamente importante para él y la familia, nos dejamos una tarea que vamos a evaluar luego y no pase lo de mi familiar, él le tenía miedo a todo lo que fuera ir a hospitales, terapias..... yo choque con eso, soy terapeuta, entonces estaba en su lista de los no queridos,.. ahhhhhhhhh---y me toco replantear todo, bajarme del pedestal de que yo sabía cómo.... Yo no sabía nada, hasta que él me enseñó a ponerme a su ritmo, y a hacerme una con el... entenderle en sus días”. (ENGF)

“en mi ha desarrollado mayor sensibilidad.... si!. Una mayor sensibilidad frente a los pacientes, frente a las personas con discapacidad lo cual me ha motivado para que todos mis conocimientos pues vayan encaminados a eso: a ayudar a estas personas desde mi rol de médico. (MDES)

Mirar desde el Punto de vista de discapacidad comoooooo, no una situación definitiva que la persona está ahí postrada sino que la persona puede salir adelante, motivándolos para que dentro de sus fortalezas porque así como tienen debilidades en este momento tiene fortalezas con las cuales la persona puede en lo posible desempeñar un rol tanto a nivel laboral como en el de su familia si, y después dentro de eso la parte de la sociedad..... que no seamos como unas trabas unos impedimentos si... que ayudemos a esta población para que puedan desarrollarse de la mejor manera”. (MDES) - NC

“uno antes los dejaba, bueno se acabó la consulta. Ya, yo le pido el favor, al apoyo de enfermería, que me lo acompañe a sacar los exámenes porque el señor no entendía absolutamente nada, o sea, ya mirándolos desde la parte de ellos, que ellos en ocasiones por si solos no pueden, vienen solos entonces”. (MDES)

“cuando llega en silla de ruedas trato de ubicarlo lo mejor que pueda cuando llega un cieguito darle la mano sentarlo y ayudarlo a facturar porque a veces viene con alguien

que no puede se los ayuda a facturar y decirle al doctor que hay un discapacitado que haga el favor” “No y uno se pone a conversar con ellos, a distraerlos y todo eso y ellos se sienten pues contentos” (ENES)

“O porque uno no sabe digamos como está esa persona a veces mira a mi papa inconscientemente lo escucho a veces como que bravo como que rabietas y tira por allá las cosas y yo digo pero es que me pongo a pensar cómo se sentirá?.....(se pone las manos en el pecho).. esa impotencia, el querer a veces digamos servir el plato siempre el mesón del comedor queda difícil, las barreras físicas en la casa, uno a veces no entiende y uno quiere que ellos si, si, son un poco independientes listo ayúdese pero a veces uno ve como que esas cositas también hemos tratado de adecuar, pero digamos, hay muchas cosas que es complejo”. (ENES)

Anexo 13. Prácticas que emprendería el personal de salud y discapacidad3

Prácticas que emprendería el personal de salud y discapacidad3
El personal de salud emprendería las siguientes practicas:
“educar y que el usuario se sienta bien,... que tenga ganas de venir, entonces, lo que es vacunación para beneficio de su bebé y de aquí cuando nazca tiene que traer a su bebé a las vacunitas para que no se le vaya a enfermar y no vaya adquirir una discapacidad. <u>Nosotros</u> nuestro deber es inmunizar”. (ENES)
“trataría más bien de decirle usted puede, usted es capaz la mando con este papelito,.....(toma un papel en la mano). Allí es pues la educación al personal, sería importante para que colaboren. También vaya allí donde tal persona él le va a entregar esto.... (señala el papel que tiene en la mano) que uno diga por lo menos, hice algo!!!, pude facturar”. (ENES)
“determinar, que tan dependiente o el grado de dependencia que tienen las personas, y eso ayudaría más, cómo para que se orienten, y medir la carga del cuidador, según el tipo de discapacidad, y trabajar con ello. Yo lo hice en mi trabajo de investigación, pero con personas con cáncer, sirve mucho”. (ENES)

“a mi hubiera encantado que nos hubieran hecho una terapia como familia no una terapia si no que por lo menos un control con tal persona entonces explicar o tener los medios o herramientas para poder decirle su hijo digamos no va a poder desarrollarse como los demás pero si puede ayudarle para que desarrolle esta otra habilidad tiene que entenderlo desde esta forma se la va a dificultar esto, educarlo ante esa discapacidad porque allí es persona con discapacidad que lo tiene digamos desde el nacimiento ya pues como nos explicaba la señora que viene del instituto la otra es la situación de discapacidad que es temporal pero si ya sabemos que es de una persona que siempre va a estar así educar porque la familia tiene que y además que incrementar el autocuidado de que las cargas se deleguen o que sean entre todos”

“desde mi área, o sea está estipulado desde ya prácticamente, que la prioridad va para las personas discapacitadas no por el hecho de que tengamos la famosa lastima entre comillas si no que por el esfuerzo que ellos hacen”. (ENES)

“mira que nosotros, aunque sea. Sé que no se le va a cambiar obviamente el estilo de vida por los recursos, pero solamente el hecho de enseñarle, el hecho de hidratar la piel, de cambiar de posiciones les ayuda bastante a esas personas y creo que son granitos de arena que nosotros ponemos”. (ENES)

“No sé, cómo llegar a las personas, en sí, para que ellos entiendan que la discapacidad no es sinónimo de plata. Me contaba un paciente, una vez vino a consulta para lo de los insumos no, yo iba en la silla de ruedas con la niña y se acercaron unos niños a darme plata como si les estuviera pidiendo, entonces dijo -yo me sentí mal de esa parte - dijo, porque no estábamos pidiendo y eso es por la parte de la sociedad”. (MDES)

“Y dese cuenta que hay gente con los niños con síndrome de Down, esa parte fea de la palabra mongólico.... entonces en esa parte hay gente que es muy cruel. No se cómo sería de hacer con la sociedad para que cambie que es mejor darles amor, cariño que es lo que todos necesitamos”. (MDES)

“con las gestantes, si ya alguien viene con una malformación el gobierno que dice pues aborten por la IVE, pero hablando con las jefes que bueno sería que uno pudiera brindar una opción de decir, bueno este niño va a nacer con dificultad va a ser así, ¿cómo uno lo

puede orientar?, usted va a poder tener estas herramientas, tiene que aprender esto.... Eso deberían enseñarnos, algunas madres han preferido la vida de su hijo así la ecografía diga otra cosa... y ahí están haciendo algo por estas personitas, así el gobierno diga que hay que eliminarlos, hay unito que está bien malito, pero ahí está la mama, la familia, llora porque lo quiere, lo sintió, lo escucho latir, uno llora porque le duele y esa es otra forma de amar.... Y lo cuida más porque tiene sus dificultades, pero peor sería el dolor de matar a su propio hijo, así un papel diga que es legal, uno adentro sabe que no”. (ENGF)

“orientarlos en la parte de que, si tiene una discapacidad, explicarle que hay más opciones para realizar más cosas, que no se pueden encerrar en esa situación. Otra cosa el estado mental y psicológico es muy importante porque se afectan mucho con eso incluso la familia, por ejemplo en el caso de los niños con parálisis cerebral, hay familias que lo toman bien, uno los ve que la están con los hijos, los ve bien pero hay familias que no y hacerle entender a la familia que no solo es tenerlo acostado en una cama que a darle la comida, cambiarle el pañal, si no que se puede estimularlos de otra forma y por eso sería bueno el apoyo de fisioterapia, tienen esa experiencia de la parte de movilidad, de explicarles a los pacientes que no los tengan solo acostaditos”. (MDES)

“saber del lenguaje de señas... (hace gesto con las manos), eso del sistema braille... todo eso nos tocaría enfocar, todas esas partes, porque, uno aquí eso no sabe; en cambio la (discapacidad) física, uno se adapta más”. (ENGF)

“Visitas domiciliarias.... Cuando se requiera.... (sonríe) con un equipo interdisciplinar, donde con la familia, realizar acciones que resuelvan situaciones que pueden estar haciendo triste y pesada la vida en familia, desde lo que hoy denominamos atención primaria en salud.”. (ENGF)

“Bueno desde mi rol, uno sensibilizar al personal médico que está a mi cargo frente a la discapacidad, me acuerdo que hicimos bastones con tubos de PVC, hicimos algunas actividades tapados los ojos, nos puso por un instante en los zapatos de esa persona con discapacidad y ahí es cuando uno dice cómo será que esa persona puede hacer tantas cosas que nosotros teniendo todas las, digamos sin limitaciones, ni nada,.... muchas veces encontramos trabas, encontramos problemas entonces yo creería que es una

estrategia muy buena, realmente nos llegó, yo creo que a todos y fue como el estímulo para nosotros tratar de ayudar a esas personas”. (MDES) - NC

“educar al usuario, estimular que estas personas busquen también como dije hace un momento si, sus fortalezas y debilidades si, tanto a nivel familiar, social y comunitario”. (MDES)

“Organizar, por ejemplo: cómo empezar con un paciente de discapacidad visual. Yo una vez estuve en un protocolo, pero no fue hecho a conciencia entonces, como actualizarlo, Protocolo de atención a personas con discapacidad, ¿se llamaría así?”. (ODGF)

Anexo 14. Prácticas que el personal de salud evitaría

Prácticas que el personal de salud evitaría

A continuación, los enunciados:

“Evitaría hacerle todo”

“como evitar, el evitar querer decirle a la persona su hijo tiene una discapacidad, o sea; uno les dice: él poco a poco se va a ir desarrollando.... como que tapar y la verdad no (hace gesto negativo con la cabeza) es un daño que uno les hace. Tiene que más bien, abrirle los ojos y explicarles bien y orientarlos para que de cierta manera puedan aportarle y tampoco lo hagan digamos como tan así.... dependiente”

“Evitaría por lo menos que se burlaran.... porque hay veces, hay muchachos por lo menos se burlan de la discapacidad, entonces lo que haría es que no se burlen o que lo respeten porque se siente mal”

“no haríamos el irrespeto ni siquiera con las adolescentes embarazadas, luego no se vacunan por vergüenza o deciden abortar”

“evitaría la demora en la atención, o sea; que sea más ágil, más rápido”

“evitaría mucho la discriminación, evitaría el desprecio, tu sabes que acá es como que todo mundo, o sea; el feo entre comillas”

“Pues evitaría ser una barrera frente a las personas, porque a veces uno discrimina a estas personas o como que no les entiendes o por cuestión de tiempo o el afán si!..; uno el

sistema de salud, hoy por hoy nos pone un reto, que es tratar de hacer las cosas a las velocidades si,..... se habla tanto de humanización de servicios, pero en la práctica nos ponen a los médicos entre la espada y la pared nos dan 20 minutos, media hora como si nosotros pudiéramos hacer como máquinas: fabricar un instrumento, fabricar una cosa, entonces estamos trabajando con seres humanos y cada ser humano es diferente y más si una persona tiene una discapacidad”

“Evitaría persuadir al paciente, yo a veces veo los tiempos, entre más hablen mejor, no disminuiría el tiempo de la consulta porque incluso ellos necesitan más y nos falta hasta tiempo, como le digo estar pendiente de toda la parte de salud mental, psicológico y social”

“evitaría cumplir ciegamente las leyes del estado, que las entiende como de menos categoría, que son un problema entiendes..... Un problema que es mejor evitar, y que no va a poder vivir, quien se atreve a asegurar eso, ¿serán adivinos? Y entonces, el gobierno propone para ellos la interrupción voluntaria del embarazo, ... por eso prefiero escuchar mi corazón y a las personas con discapacidad...”

Anexo 15. Valoración negativa de la discapacidad por parte del personal de salud

Valoración negativa de la discapacidad por parte del personal de salud
<p>La actitud, acaba de describir la orientación de la persona en relación con el objeto de la RS, según Jodelet (1984b e Ibáñez, T.,1988), esta puede ser positiva o negativa y guiar a la vez la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones, en relación con el objeto. La actitud es una disposición interna que como expresa Ibañez, T (1988) “dinamiza y orienta decisivamente las conductas hacia el objeto representado, suscitando un conjunto de reacciones emocionales e implicando a las personas con mayor o menor intensidad” (35). Moscovici “deduce que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, primera desde el punto de vista genético.</p>
Las experiencias a continuación:
<p>“Yo lo veo como 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, el no entiende, el no aprende, desde la misma casa lo están condicionando”</p> <p>“como negativo.... había una mamita con otro caso de una beba con discapacidad que ya estaba aburrida de llevarla a urgencias a controles médicos como que ya no quería hacerse cargo, entonces siempre la acompaña, es una familiar del esposo de ella porque dice que ella no tiene paciencia entonces yo creo que el problema, lo difícil más que todo es para los familiares que permanecen en constante contacto”</p> <p>“yo lo vería la cosa negativa para ellos por el hecho de que obviamente hay muchas dificultades para esas personas y así que a si, hacen el esfuerzo. El ámbito rural es demasiada escasez tanto en elementos y todo, pero a pesar de esto miramos que la gente discapacitada y sus alrededores hacen que fluya, que siga la vida y van enseñando.</p> <p>“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 q venir los dos para ayudarse porque</p>

ya está muy grande... y hasta ellos ya andan sacando citas porque están enfermos de cargarlo”

“esto es negativo cuando no hay los recursos necesarios, y para los servicios toca hacer un montón de vueltas, aquí debería estar activo esto de la telemedicina y evitar tanto gasto, por eso muchos no están en control por especialista, rehabilitación y necesiéndolo.... La mayoría vienen solo por medicamentos e insumos y se quedaron ahí, totalmente dependientes y al cuidado de una sola persona, que ya exploto y tiene encima una crisis de ansiedad y cuantos deberían estar estudiando, ayudando en algo. Menos mal que por acá se coge café y muchos trabajan en esto, traen leña, yerba para los curíes, cuidan gallinas.... ¡Sino sería más negra la cosa... (risas)” “como algo negativo porque por ejemplo una persona con discapacidad pues no tiene las mismas capacidades tiene que enfrentarse a muchas cosas, no!”

“en si la miraría así tanto en esas personas que son muy..... las personas que no tiene quien y que les toca prácticamente a la espera de alguien y si ya no esperar a que Dios se acuerde prácticamente es una vida muy dolora muy triste ahí si la miraría como que digamos es algo malo ya definitivamente”

Anexo 16. Valoración positiva de la discapacidad por parte del personal de salud

Valoración positiva de la discapacidad por parte del personal de salud

Los informantes manifiestan:

“valoro la discapacidad como algo positivo para la sociedad que cada vez es más egoísta, y vive en su rollo, es la sensibilidad para identificar cuando uno está triste, maluco, le pasa algo, Cuando la cosa no va bien, y ellos con solo mirarte, te preguntan ¿qué te pasa?..... o solo te abrazan y te curan con esos abrazos sin medida. Son mis maestros, los que me han acabado de criar... (risas), o a veces con discapacidad severa no dicen nada, y agradecen cualquier gesto con una mirada, una sonrisa, un ruido, algo, pero respuesta de ellos siempre hay”

“hay muchos científicos, personas que han desarrollado, que, desde su discapacidad, han logrado ser mejor dicho.....jummmmm y son ejemplo para las personas que estamos completicas tenemos todo y a veces nos sentimos incapaces”

“no todo es negativo, he aprendido incluso el sentir el dolor del otro porque por decir a veces uno sufre la parte de la discapacidad, ha pasado necesidades ha tenido necesidades digamos; a veces, uno no tiene ni para un tinto ni nada. Personas que vienen aquí, yo estoy aquí desde que horas, casos que me han pasado a mí con mi papi.... no teníamos con que comprar o algo, horas y horas para que me entreguen un papel o cualquier otra cosa, sabiendo que nosotros estábamos así, o veníamos de lejos, entonces ellos vienen y me hablan y yo digo: - no, como que venga, colaboremos agilicemos, despachémoslo...un día me dicen no si estoy hace 2 horas no he almorzado, entonces uno, como que.... juepuchica yo como que tengo algo por aquí, o vamos yo le compro un almuercito si como que eso también hace de que yo también me duela o sienta ese dolor que está pasando esa preocupación”

“Me parece que positivo en toda la palabra. Está el hecho de que a nosotros nos dan, como te digo, esa enseñanza de vida; porque hay muchas personas discapacitadas, hay gente que la discapacidad enseña a que no hay límites en esta vida ni mucho menos y a veces llegan personas o nosotros mismos, nos ahogamos en un vaso de agua; y estas personas nos ganan”

Anexo 17. Fuentes de información sobre discapacidad referidas por los participantes en el estudio

<i>Categorías</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>El Trabajo</i>	16	44,44
<i>Instituciones</i>	9	25
<i>La familia</i>	6	16,67
<i>Comunicación social</i>	3	8,33
<i>Normatividad</i>	2	5,56

Nota: resultados recopilados a través de cuestionario