

**REPRESENTACIONES SOCIALES QUE TIENEN LOS MÉDICOS,
ENFERMERAS, FISIOTERAPEUTAS Y FONOAUDIÓLOGOS DE CARTAGENA
CON RESPECTO A LA DISCAPACIDAD, 2014.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
TESIS DE MAESTRÍA**

**Investigadora:
BERTILDA KELLY AVENDAÑO**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO**

Manizales, Marzo de 2015

**REPRESENTACIONES SOCIALES QUE TIENEN LOS MÉDICOS,
ENFERMERAS, FISIOTERAPEUTAS Y FONOAUDIÓLOGOS DE CARTAGENA
CON RESPECTO A LA DISCAPACIDAD,2014.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
TESIS DE MAESTRÍA**

**Investigadora:
BERTILDA KELLY AVENDAÑO**

**Director de tesis:
JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO**

Manizales, Marzo de 2015

COMO CITAR ESTA TESIS

Kelly, B. (2015). Representaciones sociales que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la Discapacidad. Facultad de salud. Maestría en discapacidad. Universidad autónoma de Manizales. Tesis de maestría.

HOJA DE APROBACIÓN

Bertilda Kelly Avendaño

Representaciones Sociales que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la discapacidad.

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Magister en Discapacidad por:

1. Árbitros Internos y Externos en fases de anteproyecto, proyecto e informe final
2. Comité de currículo de maestrías de salud UAM
3. Comité de Bioética de la UAM
4. Sustentación de tesis

Manizales, 2015.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
1. ÁREA PROBLEMÁTICA, ALCANCE Y JUSTIFICACIÓN	7
1.1 Pregunta de investigación	14
1.2 Condiciones de Factibilidad del Estudio	14
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GENERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. CATEGORÍAS Y TABLA DE CATEGORIAS	16
4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	18
4.1 Enfoque metodológico de la investigación	18
4.2 Tipo de Estudio	18
4.3 Unidad de trabajo	18
4.4 Unidad de análisis	18
4.5 Técnicas e Instrumentos y procedimiento	19
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
5.1 Las Representaciones Sociales	23
5.2 Descripción de los participantes	31
5.3 INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD	35
5.3 ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD	42
5.4 CAMPO REPRESENTACIONAL DE LA DISCAPACIDAD	53
6. CONCLUSIONES	63
7. RECOMENDACIONES	64
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
9. ANEXOS	75

1. ÁREA PROBLEMÁTICA, ALCANCE Y JUSTIFICACIÓN

Las Representaciones Sociales (RS) son un sistema de valores, ideas, y prácticas que posee dos funciones, la primera función es la de capacitar a los individuos para orientarse en su mundo material y social para su dominio, y la segunda es posibilitar la comunicación para hacer parte de los miembros de una comunidad (1).

La comunidad le provee códigos para el intercambio social y para nombrar y clasificar los diversos aspectos del mundo, denominándolo construcción social del conocimiento (2). En este sentido se entienden las representaciones sociales, como los conocimientos generados y adquiridos, que implica una particularidad preestablecida y fija.

Estas representaciones sociales cumplen funciones de orden y comunicacional; plantean cuatro elementos constitutivos: **la información**, que se relaciona con lo que "yo sé"; **la imagen** que se relaciona con lo que "veo"; **las opiniones**, con lo que "creo"; **las actitudes**, con lo que "siento"; todos estos elementos se toman como guía para el análisis de la información (3). En consecuencia, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree (opiniones/creencias), cómo se interpreta (campo de la representación/imagen) y qué se hace o cómo se actúa (actitud y practicas) (2).

Jodelet (1986) Las representaciones se dan como una forma de conocimiento social, un saber del sentido común constituyéndose, en "modalidades de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno laboral, social, material e ideal..." (4). Cuando las personas hacen referencia a los conocimientos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, es porque tienen una representación social de este (2); esto significa. Representar es hacer una similitud, pero no en el sentido de una

equivalencia fotográfica sino que, un objeto se representa cuando está mediado por una figura. Y es solo en esta condición que emerge la representación y el contenido correspondiente (5).

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

Hasta hace poco tiempo, la discapacidad era considerada como un problema, de nacimiento o adquirida, que presentaban ciertos sujetos, cuyo estudio y tratamiento correspondía a especialistas del área médica o psicológica (2). Pero incluso en esta aseveración hay ideas colectivas, el mismo uso del término discapacidad implica un reflejo gramatical que responde a un determinado posicionamiento conceptual.

Al realizar un acercamiento a la teoría de la discapacidad, es preciso tener en cuenta varios factores de análisis, por una parte, considerar su procedencia: si surgen de la experiencia personal de la discapacidad, si derivan de los profesionales que trabajan directa o indirectamente con estas personas, o si se tratan de integrar ambas perspectivas. Otro elemento a considerar sería la relación entre pensamiento y acción: lo que la gente cree y entiende sobre una realidad, si está en relación con lo que hace (2).

La definición de discapacidad plantea ser muy compleja, ya que esta dependerá del grupo social en el cual se encuentren inmersos los protagonistas; esta

significación va desde enfermedad, inutilidad, tragedia, maleficios, cojo, renco, hasta los modelos conceptuales propuestos por la academia, logrando marcar posiciones con respecto a esta, y producir cambios en la estructura de los paradigmas y en la forma como la sociedad responde (6).

Actualmente, la definición que ha marcado la pauta para la comprensión y el abordaje de la discapacidad, la brinda la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF) que ha sido proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en la que se la identifica como la relación entre la persona y su medio ambiente (7).

Los análisis de Goffman (2001), han sido criticados, específicamente para el caso sobre el concepto y aplicación del término “estigma” (empleado para referirse a un signo de imperfección que denota “inferioridad moral” y provoca evitación por parte del resto de la sociedad) (8). Según esta interpretación, los sujetos o grupos estigmatizados, construyen un grupo social que es merecedor de aislamiento y discriminación.

Esta visión de la discapacidad desde la perspectiva del estigma, ha tenido alta repercusión en la formación de profesionales en el campo de los servicios (psicólogos, trabajadores sociales etc.), provocando un prejuicio en la comprensión y la actuación práctica en el campo de la discapacidad, ya que, precisamente, al acentuar la idea negativa de tragedia personal, se contribuye a reforzar la visión patologizadora de la discapacidad (3).

La discapacidad adquiere sentido en el contexto de una cultura y, en ella, depende del sentido asignado a otros conceptos culturalmente próximos: en este caso, y por oposición sigue siendo de fundamental importancia la idea imperante de “normalidad”. Dicho de otra forma, la discapacidad puede ser concebida no como una característica objetiva aplicable a la persona, sino como una construcción

interpretativa inscrita en una cultura, en la cual, en virtud de su particular modo de definirlo “normal”, la discapacidad sería una desviación de dicha norma, una deficiencia, y, como tal, reducible al caso particular de la persona concreta que la “padece” (9).

La noción de representaciones sociales ha dado lugar a una postura diferente de abordar la compleja realidad que inunda e influye al ser humano, convirtiéndose en un nuevo marco de trabajo para todas las ciencias sociales, que en palabras de Moscovici, (1), se convierte en una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (10).

Es así, como las representaciones son un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de 8

Las representaciones sociales son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos (12); elabora y muestra las representaciones sociales como una forma de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas “bombardeadas” constantemente por la información que los medios de comunicación divulgan, encontrando su expresión en un lenguaje común de cada grupo social (11).

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

El indagar sobre las representaciones sociales acerca de la discapacidad que muestran los grupos de médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos que hicieron parte de esta investigación en Cartagena de Indias; surge, como una alternativa de respuesta a la deserción o la inasistencia de las personas con Discapacidad, a los programas de rehabilitación integral que se encuentra en la Ciudad, y/o la no adscripción de estas personas a algunas de las instituciones o programas existentes en ella. Hasta el momento, y según fuentes de la Secretaría de Salud del municipio, la ciudad carece de cifras que permitan saber con más claridad el grado de incidencia y prevalencia de las personas con discapacidad en la ciudad de Cartagena.

Este estudio pretendió además, entender la discapacidad desde una realidad simbólica – social, teniendo en cuenta las representaciones construidas individuales y colectivas que se construyen en las interacciones cotidianas de los sujetos con su entorno.

Finalmente se marcó la pretensión de esta investigación, al revisarse los estudios desde las perspectivas biomédico, hasta los biospsicosociales, y no encontrar suficiente información que explore las representaciones sociales de la discapacidad en los profesionales del área de la Salud, específicamente en la Enfermería, Medicina, Fisioterapia y Fonoaudiología, y fue en estos actores donde se hizo énfasis en esta investigación, especialmente en el contexto de la ciudad de Cartagena.

Hasta el momento no se han realizado estudios de representaciones sociales de los profesionales de la salud en discapacidad en la ciudad de Cartagena, a pesar de existir núcleos de investigación al respecto; atendiendo al reconocimiento realizado a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, a partir de su

inclusión en todos los ámbitos (sociales, culturales, educativos, y laborales), por parte del Estado y de las instituciones que trabajan por y para las personas con discapacidad.

Fue importante la realización de esta investigación, porque a través de ella se pudo evidenciar cuáles son las representaciones que sobre la discapacidad tienen los médicos, enfermeras y fisioterapeutas que hacen parte del equipo interdisciplinario en la rehabilitación integral, y cómo estas perspectivas direccionan el abordaje que el profesional proponga para la interacción con esta comunidad.

Al indagar las percepciones de los individuos a partir de su sistema de creencias se pretendió, como lo resalta la Organización Panamericana de la Salud (13), “tener en cuenta aspectos relativamente desatendidos de la salud pública, como son los grupos minoritarios”. Por otro lado, el estudio nutre discusiones alrededor de la discapacidad en escenarios académicos, en agrupaciones de y para personas con discapacidad y en contextos políticos y administrativos nacionales, departamentales y locales.

Además es preocupante verificar que algunas personas con discapacidad no se les brindan la atención adecuada para su rehabilitación e inclusión social, lo cual lleva a cuestionamientos sobre el actuar profesional.

Estas reflexiones hicieron pertinente esta investigación, porque muestra los vacíos existentes frente a la temática, el manejo que se da a las situaciones sin conocer las opiniones o conceptos que se tiene al respecto, y como estas direccionan el quehacer cotidiano de cada individuo en particular y de la población en general.

La novedad del proyecto recae, en el grupo de profesionales que participan en el mismo, sobre los cuales no se han evidenciado aún las percepciones, sentidos y

demás sobre la discapacidad, resultados que podrán ser tenidos en cuenta para la toma de acciones tendientes al desarrollo de programas de promoción, protección específica y rehabilitación. Así mismo posibilita a los profesionales una mejora en la planeación de los diferentes procesos a desarrollar con esta población.

El trabajo fue viable ya que se contó con las herramientas técnicas, tecnológicas y se hizo factible en la medida que se contó con la participación de personal idóneo para el proceso de recolección de información, además los recursos a utilizar fueron de fácil acceso y económicos.

La labor que cumplió el grupo de profesionales de la salud que más está en contacto con la población con discapacidad, implica que como grupo tiene y parte de conocimientos y experiencias personales frente al tema, en una continua generación e intercambio de pensamientos. De esta manera, se van constituyendo ideas preestablecidas que se concretan en las representaciones sociales hacia el objeto de representación, que en este caso es la discapacidad.

Las representaciones sociales por tanto, se constituyen en una guía conductual que orienta a los individuos en relación con lo que deben hacer y delimitan tanto los objetivos como la manera de actuar en diferentes situaciones; al suponer que el desarrollo de las diferentes acciones locales encaminadas hacia el progreso de la calidad de vida de las personas con discapacidad depende de las representaciones que posean sus integrantes.

Por consiguiente fue necesario plantear la siguiente pregunta orientadora que permitió indagar y conocer más a fondo cuáles son las representaciones sociales de los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de la ciudad de Cartagena frente a la discapacidad:

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las representaciones sociales que construyen a cerca de la discapacidad los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de la ciudad de Cartagena?

1.2 Condiciones de factibilidad del estudio

Esta investigación no necesitó materiales o equipos costosos o de difícil consecución, desde los recursos humanos conto con un director de tesis, que apoyo el proceso teórico y metodológico. Participaron en el estudio 12 personas, entre médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de la Ciudad de Cartagena.

Desde el punto de vista ético, la investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, no se realizó procedimientos que atentaran contra la integridad física y moral.

De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11 el presente estudio se considera como: “investigación con riesgo mínimo”, ya que se utilizó un cuestionario como apoyo a grupos focales para conocer las Representaciones sociales a cerca de la discapacidad, que no atentó contra la integridad física y moral de los participantes del estudio.

La participación en el estudio fue voluntaria, previa autorización a través de la aceptación y firma de un consentimiento. La información recogida se usó para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender las Representaciones Sociales que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la discapacidad.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la información que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la discapacidad.

Interpretar las actitudes que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la discapacidad.

Comprender el campo representacional de los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la discapacidad.

3. CATEGORÍAS Y TABLAS DE CATEGORÍAS

Teniendo en cuenta la teoría indagada referente a la Discapacidad y la representación social en el presente trabajo se situaron los siguientes códigos construidos.

PRE CATEGORIAS	DEFINICION CONCEPTUAL	CODIGOS CONSTRUIDOS
DISCAPACIDAD	La Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial sobre la discapacidad (14), concibe la Discapacidad, el funcionamiento y la discapacidad como interacción dinámica entre condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. Es decir, las dificultades que se presentan en cualquiera de las tres áreas del funcionamiento como son: funciones y estructuras corporales, actividades y participación.	Concepto de discapacidad Percepción sobre la discapacidad
REPRESENTACIONES SOCIALES	“Es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la	<i>Información:</i> organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social, los cuales muestran particularidades en cuanto a cantidad y calidad; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito. (15).

	<p>realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidianas de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (11).</p>	<p><i>Campo de representación:</i> organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, permite visualizar el carácter de contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas. (16).</p> <p><i>Actitud:</i> orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la Representación Social. Tiene implicación comportamental y motivacional. (15).</p>
--	---	--

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

4.1 Enfoque Metodológico de la Investigación

La investigación que se realizó a cerca de las Representaciones Sociales que tienen los Médicos, Enfermeras, Fisioterapeutas y Fonoaudiólogos de Cartagena con respecto a la Discapacidad , se suscribió desde una perspectiva cualitativa, la cual pretendió reconstruir la realidad tal y como la vivieron los actores, evaluando el desarrollo natural de los procesos, sin manipularlos (17).

4.2 Tipo de Estudio

Se buscó comprender las representaciones sociales mediante el método hermenéutico comprensivo, como una corriente de pensamiento, cuya esencia son los elementos que subyacen en el pensamiento de los sujetos, y que por experiencia de los mismos se hacen presentes en las expresiones cotidianas de los seres humanos (18).

4.3 Unidad de trabajo

La unidad de trabajo estuvo conformada principalmente por el testimonio recogido en las entrevistas realizadas y en los grupos focales a los profesionales participantes del estudio, y en segunda por los escritos obtenidos de las mismas y en las observaciones plasmadas en los documentos.

4.4 Unidad de análisis

Esta unidad estuvo conformada por los enunciados sobre conocimientos, experiencias, sentimientos, actitudes y comportamientos, de los profesionales participantes en el estudio, elementos bases en la construcción de las

representaciones sociales referentes a la discapacidad. Para este estudio se tuvo en cuenta una serie de criterios para la selección de los profesionales que voluntariamente desearon participar del estudio, los cuales fueron:

- Ser profesional de la salud en las disciplinas antes mencionadas.
- Ejercer la profesión en Cartagena en cualquier entidad prestadora de servicios de salud.
- Participación voluntaria en la investigación y diligenciamiento del consentimiento informado.

4.5 Técnicas, instrumentos y procedimiento

Para el análisis de la representación social que tienen los médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos de la ciudad de Cartagena, fue necesario que en la Representación se establecieran el contenido y la estructura central (centrales y periféricos). Como este fue un estudio que partió de una exploración y tuvo muy pocos participantes se realizó una aproximación únicamente a los elementos centrales de la Representación social). Para ello se revisaron las tres categorías seleccionadas previamente por la investigadora las cuales fueron la información, la actitud y el campo representacional.

Para el proceso de recolección de información se utilizaron las siguientes técnicas:

Formato autodilucidado: El cual fue aplicado a cada uno de los participantes, consta de preguntas de asociaciones libres, donde a partir de una palabra introductoria, que para este estudio correspondió a la palabra “discapacidad”, el profesional escribía los términos que le venían a la mente. Esta técnica permitió establecer la centralidad de los elementos de la representación (19).

La entrevista a profundidad: Esta entrevista a profundidad exploratoria permitió un acercamiento a la realidad. Como espacio de interacción directa con los

informantes permitió obtener la información relevante acerca de la temática a desarrollar, buscando en todo momento la recolección de la información de forma objetiva; Cabe anotar que para la realización de estas entrevistas, se realizaron varios contactos con los participantes.

Se aplicó un cuestionario, que posibilitó el estudio de aspectos cualitativos e Incluyó un segmento de información general con los datos de los participantes, y un segmento de información específica que correspondió a la recolección de información relacionada con las representaciones sociales que tienen estos profesionales en torno a la discapacidad. Se incluyeron preguntas abiertas. Adicionalmente, para el uso de esta técnica se tuvo en cuenta el cumplimiento de los siguientes requisitos: (a) formulación clara de las preguntas, (b) correspondencia entre el mundo de referencia de las preguntas y el mundo de referencia del encuestado y (c) confianza en el momento de la administración del cuestionario (Ver anexo).

El cuestionario fue sometido a validación de expertos. Se seleccionaron tres expertos, dos profesionales en el tema de discapacidad y uno en Representaciones Sociales, quienes una vez su revisión lo aprobaron previo el cumplimiento de algunas sugerencias (ver Anexo). Posteriormente la investigadora realizó un pilotaje del instrumento con una persona de cada profesión, quienes diligenciaron el formato sin ninguna dificultad y completa comprensión del mismo.

Los Grupos Focales: los cuales se realizaron en la confirmación y profundización de la Representación. Para su desarrollo se tuvieron en cuenta las mismas categorías de la entrevista a profundidad.

Se diseñó una guía de entrevista del grupo focal, con una duración de una hora y donde participaron 6 profesionales para un total de dos grupos focales, los cuales fueron grabados y luego transcrita la información al sistema.

Para el análisis de la información se procedió de la siguiente forma:

Cada una de las respuestas del cuestionario (asociaciones libres y preguntas cerradas y abiertas), fue analizada utilizando subcategorías que surgen y se definen a medida que se examinan los datos y estas a su vez se definen de acuerdo a la revisión teórica y conceptual del objeto de estudio. Esta técnica se conoce como análisis por categorización. La categorización (Es una técnica utilizada en el análisis de contenido, que analiza la comunicación humana, decodificando los mensajes manifiestos en diferentes documentos. Asume como principio, que los documentos reflejan las actitudes y creencias de las personas e instituciones que los producen, así como de los receptores de éstos. Y obtención de inferencias acerca de la realidad social (20).

Para ello se clasificaron conceptualmente unidades de análisis o de registro que fueron los elementos básicos categorizados. De acuerdo con diferentes autores (21,22), la unidad de registro más pequeña que se debe codificar es la palabra, el tema, o el documento.

Luego, la información tratada fue el corpus resultante de la transcripción textual de los grupos focales. Se seleccionaron párrafos más significativos para ubicarlos en las categorías planteadas a priori para el estudio: información, actitud y campo representacional, de acuerdo a su definición operativa y la pertinencia del contenido, teniendo en cuenta que los elementos seleccionados “deben ser relevantes en relación a los objetivos del estudio y adecuados al grupo contenido analizado” (23).

Por último es importante mencionar que una vez definida y aprobada la temática a investigación por parte de la Universidad Autónoma de Manizales, se siguieron todos los procedimientos establecidos por la institución, además de su aprobación por el comité de currículo de la maestría y del comité de bioética institucional.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente trabajo el componente de análisis y discusión de los resultados, busca dar respuesta a cada uno de los objetivos que se plantearon. Para ello se hizo un replanteamiento de los elementos de la investigación y se asumió un cuerpo teórico desde las categorías emergentes, sobre las cuales se estableció el análisis y discusión de los resultados, las cuales se convirtieron posteriormente en las categorías teóricas que sustentaron las Representaciones Sociales de los profesionales participantes en el estudio.

En este apartado se presenta inicialmente el referente teórico sobre el cual se aborda la Representación Social; posteriormente se hace la descripción de los resultados encontrados por cada una de las categorías información, actitud y campo representacional de la discapacidad desde cada profesión y se interpretan a la luz de los elementos anteriores. Para ello se muestran tablas descriptivas de las categorías abordadas y seguidamente se realiza la discusión respectiva, sustentada desde las diferentes categorías teóricas establecidas en el estudio.

5.1 Las representaciones sociales

Las controversias surgidas a partir del concepto de Representaciones Sociales, donde su objetivo es el estudio de la “sociedad pensante”, al poner énfasis en la naturaleza social del pensamiento y en la importancia del pensamiento en la vida social (2). Las Representaciones Sociales surgen siempre que prevalece el sentido común. Los individuos no construyen el conocimiento con independencia de su contexto social, básicamente, es una teoría general sobre un metasistema de las regulaciones sociales intervinientes en el sistema del funcionamiento cognitivo.

Las Representaciones Sociales son vistas como esquemas mentales o imágenes que la gente utiliza para dar sentido al mundo y para comunicarse con los demás. Este concepto ofrece un nuevo marco para comprender la organización de las actitudes, creencias y atribuciones, y ser capaz de proveer un criterio para distinguir a los miembros pertenecientes a diferentes grupos sociales (2).

Ampliando esta postura, la teoría de las Representaciones Sociales es una valiosa herramienta dentro y fuera del ámbito de la psicología social porque ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias como, por ejemplo, las estructuras de poder y de subordinación (24).

Las Representaciones Sociales, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo (24).

Por tanto, el entorno socio cultural en el que nos movemos diariamente nos provee de las herramientas representacionales que nos orientan y guían en nuestro quehacer cotidiano; pero, simultáneamente, el efecto práctico de nuestros actos, así orientados, modifica ese entorno, modificando con ellos los referentes en virtud de los cuales elaboramos nuestras representaciones. Actuamos guiados por el modo de ver las cosas que hemos heredado y adquirido como miembro de lo colectivo, a lo que pertenecemos, pero nuestra acción lejos de ser un efecto meramente mecánico de la herencia, transforma dichos condicionantes (9).

Moscovici, en sus estudios observó cómo las personas elaboran y son construidas por el contexto social y a partir de sus transformaciones; planteó una proposición cuya tesis expone que el conocimiento se alimenta de dos caminos: desde su elaboración en el plano social e intelectual y desde su construcción social de la realidad (12, 24). Moscovici, en sus estudios observó cómo las personas elaboran y son construidas por el contexto social y a partir de sus transformaciones; planteó una proposición cuya tesis expone que el conocimiento se alimenta de dos caminos: desde su elaboración en el plano social e intelectual y desde su construcción social de la realidad

Por su parte Jodelet (4), quien se ha interesado también en las Representaciones Sociales, plantea que en el campo de la representación se distingue el saber del sentido común, cuyos asuntos hacen explícitos el trabajo de algunos juicios generativos y funcionales de carácter social; por lo que, se hace alusión a una forma de pensamiento social (11).

“La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, (25), establece que en tanto que fenómenos, las Representación Sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas, que se presentan en forma de imágenes que condensan un conjunto de significados; y de sistemas de referencia que nos permiten Interpretarlo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos.

Con todo lo anterior es posible conocer el carácter útil que cobra la Representación Social, en este sentido, Moscovici citado en Rodríguez (26), reconoce los roles fundamentales que cumple la Representación Social: por un lado, hacer convencionales los objetos, personas y eventos que encontramos; les otorgan una forma definitiva, las localizan en una categoría y gradualmente las establecen como modelo de cierto tipo, distinto y compartido por un grupo de

personas. Y por otro lado permiten prescribir en el sentido de que “se nos imponen con una fuerza irresistible, esta fuerza es una combinación de una estructura que se nos presenta antes de que empecemos a pensar y sobre una tradición que nos marca qué debemos pensar” (27).

Las Representaciones Sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas, imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretarlo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos (4).

Moscovici, plantea tres dimensiones que permiten un abordaje profundo de las representaciones sociales, con fines didácticos y empíricos: (11)

La información: Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Son los conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; tienen un carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito; trivialidad u originalidad en su caso.

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

La actitud: Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la Representación Social. Es el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que

suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación.

Estas tres dimensiones permiten comprender la Representación Social desde todos sus componentes, además facilita el análisis de las mismas para su aplicación práctica; es así como, los conocimientos particulares acerca de un hecho, las creencias que ha formado la gente entorno a él, forman el cúmulo de información que poseen del mismo y son expresados a través de un estilo de comunicación particular y único.

De otra parte el campo de representación incluye elementos como la percepción, imágenes y experiencias que se construyen en relación a determinado fenómeno, las cuales poseen en una jerarquía determinada dentro de la concepción social e incluso individual (27).

Moscovici propone además dos procesos en las Representaciones Sociales: La Objetivación y el Anclaje (1):

La objetivación, es considerada como la intervención de lo social en la representación, hace que un conocimiento abstracto se torne concreto y permite el paso de la teoría a la imagen, por ejemplo “la política se concretiza en el parlamento, la justicia en el Tribunal Internacional de la Haya, la religión o Dios en el Papa [...]” (28).

La objetivación se compone a su vez de tres fases que se complementan entre sí: La primera, es la construcción selectiva, asumida como la elección de la información que circula sobre el objeto de representación. El sujeto escoge la información que le llama la atención a partir de los intereses personales y “en función de criterios culturales y sobretodo de criterios normativos” (29). La segunda, la formación del núcleo o esquema figurativo, como la construcción

gráfica de la información seleccionada; retiene lo esencial del aspecto en proceso de objetivización y se refiere al núcleo de la representación en el cual se sintetiza la estructura conceptual y la tercera fase, es la Naturalización, asumida como la construcción gráfica que se establece en el núcleo o esquema figurativo y que pasa a ser un elemento de la realidad y comienza a ser manejada de forma cotidiana y es común en el grupo social.

Por otra parte el proceso del anclaje, se refiere “al enraizamiento social de la representación y de su objeto; en este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le son atribuidos” (29). La representación se integra al pensamiento grupal ya existente y da inicio a la orientación de la conducta, dándole sentido y explicación. Su articulación se alcanza a partir de dos funciones:

La primera, es la función cognoscitiva integradora de la novedad, donde la valoración del conocimiento adquirido se da en función de los significados sociales existentes. Esta valoración puede provocar un rechazo o simpatía hacia el objeto de representación a partir de las creencias del grupo, por ejemplo para el caso de la discapacidad se pudiera presumir que existe por parte de los individuos sentimientos diversos que varían desde la admiración y la aceptación hasta el rechazo, dependiendo de la apreciación hacia el tema.

La segunda función, es la de instrumentalización del saber, donde la representación se transforma en un lenguaje común compartido por los miembros de un grupo. “Las representaciones son interiorizadas por los miembros del grupo social a partir de la asimilación de la realidad, para posteriormente ser compartidas por el colectivo” (28).

Los elementos de la representación son jerarquizados, lo que posibilita que la representación se organice y tenga una organización interna, lo que se da alrededor del núcleo central, y el sistema periférico (19).

El núcleo central comprende los argumentos primordiales que le dan sentido a la representación, está determinado por la historia del grupo en su totalidad, es estable, coherente, resistente a los cambios y asegura la continuidad de las representaciones, su estabilidad y la del grupo (Abric 2001)

El sistema periférico está determinado por la historia y las experiencias individuales de cada persona, es flexible y evolutivo y permite la variación de las representaciones y de los comportamientos particulares de los individuos. Su aporte al sistema central permite establecer conductas y tomar posturas individuales (19). Lo anterior significa que, dos grupos pueden tener la misma representación de un objeto por su núcleo central, pero diferentes esquemas periféricos por razones de circunstancias y prácticas individuales.

5.2 Descripción de los participantes

Para el caso del presente estudio, los informantes fueron seleccionados intencionalmente entre profesionales de la salud de la ciudad de Cartagena, en número de 12 (2 médicos, 2 enfermeras, 4 fisioterapeutas y 4 fonoaudiólogas).

El grupo de fonoaudiología y enfermería estuvo conformado por mujeres, las enfermeras laboran en una IPS, una de ellas con experiencia en la atención de niños con discapacidad, las fonoaudiólogas en una universidad privada, una con experiencia en problemas de habla y discapacidad, otra con experiencia en limitaciones auditivas y dos con experiencia en cognición y aprendizajes.

Los fisioterapeutas trabajan en EPS y universidades de la ciudad, con experiencias en salud ocupacional, rehabilitación cardíaca, y rehabilitación de personas amputadas y con secuelas de quemaduras.

Los dos médicos trabajan en EPS, en atención a pacientes con riesgos coronarios.

Los 12 profesionales entrevistados se encuentran en edades promedio de 33 años y con más de 5 años de experiencia laboral.

Aunque los profesionales participantes en el estudio laboran en el área de la discapacidad, se aprecia que también lo hacen en otras áreas.

Una vez realizadas los análisis de los resultados, se puede establecer que las representaciones sociales se constituyeron alrededor de tres categorías esenciales: La actitud hacia el objeto, la Información sobre el objeto y un campo representacional donde se disponen en un orden los conocimientos que crean significados al objeto (26). Las tablas que se presentan a continuación muestran los resultados encontrados a partir de estas tres categorías para cada uno de los grupos de profesionales.

5.2 INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD

Tabla 1. Significado que tiene la Discapacidad para los participantes en el estudio

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Enmarca aquellas limitaciones que restringen	Término general	Dificultad o limitación para realizar actividades físicas, mental o intelectual que dificulta relacionarse	No tener la capacidad de realizar actividades por si solos
Generación de restricciones en los roles de la vida del sujeto	Algunos no están discapacitados tienen una limitación	Disminución que tiene el ser humano para cumplir tareas	Falta de capacidad sea física mental o cognitiva
Funcionamiento de los segmentos	Los minusválidos que no pueden caminar pero pueden realizar la acción por sí mismos	Limitación de cualquier actividad	Impedimento
Lesiones de la estructura que limita la practica	Funciones que pueda tener una persona y depende de factores extrínsecos e intrínsecos	Alteraciones de la salud	Aquello que no le permite hacer las actividades
La sociedad se encarga de restringirlos	Disminución de la funcionalidad	Pérdida de la funcionalidad	
Superación y adquirir habilidades y destrezas para su desempeño	Situación en particular de una persona	Tiene que ver con afecciones psicológica, o funcionales	
		Presión social	
		Limitación en las relaciones personales	

Fuente: Enunciados de los actores

Desde la Teoría de Moscovici (11), la información es la primera de las categorías que la Representación social analiza y se refiere a la suma u organización de conocimiento que cuenta un grupo acerca de un fenómeno que para este caso particular es la discapacidad. En este sentido la información sobre Discapacidad

fue asumida desde interrogantes como: ¿Qué significado tiene para ustedes la discapacidad? Cómo se establece la información frente a (...) la discapacidad?

A partir de estos interrogantes, los resultados apuntaron al encuentro y desencuentro en cada participante desde las concepciones acerca de la discapacidad que se extendieron también a cada una de las profesiones.

Los profesionales entrevistados, coinciden en afirmar que la discapacidad para ellos significan alteraciones y/o limitaciones físicas, mentales, sociales que finalmente generan restricciones en el desarrollo de su vida, los roles y las actividades diarias que desempeñaba o que aún debe desempeñar.

Es así que los puntos de vista acerca de la discapacidad varían de acuerdo a las profesiones de los entrevistados: las definiciones que manifiestan los Fisioterapeutas de acuerdo al interrogante anteriormente expuesto, se pueden englobar de la siguiente manera:

“La palabra discapacidad enmarca todas aquellas limitaciones (...) ya sean (...) físicas, mentales, sociales que pueda tener (...) el ser humano, y que en algún momento llegan a restringirlo, en cada una de las actividades que desarrolla en su vida cotidiana, en cada uno de los roles en los cuales se desempeña, ya sea, en la familia, en el trabajo, en y en la misma sociedad, como tal” (Fisio 1).

“(…), porque hay personas que no están totalmente discapacitadas sino que tiene una limitación en cualquier órgano o estructura anatómica y lo manejamos en el término, o lo trabajamos, o lo rotulamos en el término de discapacidad (...), Discapacidad para mí, es toda persona que no está en la capacidad o no puede realizar una actividad por su propio medio sino que necesita de algo o de alguien que realice la actividad por él.” (Fono 1).

Por su parte, otros participantes de este grupo busca ampliar estas primeras definiciones, específicamente al concepto de restricción de los roles, al expresar que este también abarca la imposibilidad de hacer actividades precisas que considera la persona que las pierde, como esenciales en su diario vivir o como parte de las metas trazadas:

“Restricción para mí es como la no posibilidad de participar en algo muy puntual, tengo una restricción (...) pongamos en hablar de alguien que tienen unas condiciones de (...) en miembros inferiores por ejemplo desde el funcionamiento de los segmentos de pierna, entonces tiene una restricción para hacer funciones de subir bajar escaleras” (Fisio 3).

“La discapacidad es más bien la disminución de la funcionalidad en algo, la cual se afecta conjuntamente también con el entorno en el que se desarrolle porque muchas veces el entorno le facilita que esa funcionalidad la pueda suplir con algo e incluso hasta con alguien, pero, al revés muchas veces el mismo entorno hace que esa funcionalidad sea peor de la que en verdad tiene porque no lo ayuda, al contrario, lo perjudica, lo limita más, a que pueda ejercer esa funcionalidad” (Fono 4).

“bueno para mí la discapacidad es la dificultad o la limitación para realizar cierta actividad o ciertos procesos, ehh.....sea físico o mental, o intelectual, que puede traer como consecuencia dificultad de relacionarse con lo que hay a su alrededor” (Med. 1)

Esta postura es respaldada por el Fisioterapeuta 2 que manifiesta tener un paciente en parecidas condiciones a la que expresa el fisioterapeuta 3:

“yo tengo un trabajador que tuvo una fractura de una falange, (...), el muchacho practica Taekwondo, y él me dijo que tiene restricciones para levantar peso, que tiene que evitar realizar esfuerzos con la mano (...) entonces él me dice que no le importa tanto la parte del trabajo, sino “porque yo sé que puedo buscar otra actividad para trabajar, pero me preocupa mi deporte”, porque para el deporte necesita un entrenamiento fuerte, especialmente con levantamiento de peso, “tengo que realizarlo con levantamiento de pesas”, y es un deporte de contacto,(...) y me preguntaba y como hago para no dejar de practicar mi deporte? (...) es un proceso bastante demorado, y él dice que no le sirve, porque mientras, se está desacondicionando físicamente, y le hace falta practicar su deporte, además ese es una entrada económica para él” (Fisio 2).

Por el contrario para otros profesionales, existe una realidad distinta cuando la restricción es dada por el contexto donde convive la persona y que es generada a partir de la adquisición de la discapacidad, produciéndose un aislamiento y segregación visibles a través de los obstáculos que se dan para su rehabilitación.

“A veces no es tanto que la persona tenga restricción en los roles, sino que la misma sociedad los restringe a ellos, no les da las oportunidades para que puedan desempeñarse, porque está demostrado que cuando la persona sufre algún tipo de lesión y por cualquier motivo queda en condición de discapacidad, muchas persona logran superarse y logran adquirir habilidades y destrezas para desempeñarse en la actividad que ellos desean, pero algunas, la misma sociedad le pone obstáculos para su rehabilitación (Fisio 1).

“la discapacidad de una persona (...), es más que todo es desde el ámbito social, ehh... porque el ámbito dice que una persona no puede y no lo hace, (...) porque no se le permite realizar las actividades, sin mirar si tiene

la capacidad de hacerlo sino por las alteraciones que presenta, por ejemplo del sistema sensorial, o alteraciones en la salud como tal, aunque en algunas ocasiones, la dificultad si es consecuencia de la alteración de salud” (Med 2).

La manera en la que nos vinculamos con la experiencia de discapacidad de otra persona está mediada tanto por nuestras vivencias como por la forma en la que precisamos la discapacidad. Diferentes investigaciones afirman que, las explicaciones que le damos a los objetos sociales parten de supuestos y acciones discriminadoras que llegan a aceptarse. Y es que la discapacidad es una categoría social y política al involucrar el ejercicio y la acción de los derechos humanos (30).

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

Por tanto, la discapacidad, es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. (31).

Según la OMS (14), la discapacidad se ha tratado de explicar desde diferentes modelos conceptuales: el modelo social de la discapacidad considera el fenómeno principalmente como un problema “social”, desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad.

Soto & Vasco (33), plantea que:

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

Reconociendo las carencias de la clasificación inicial, la OMS llevó a cabo una revisión que contó con la participación de una red de expertos a nivel mundial. El documento final la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF), presenta como ejes centrales: *el funcionamiento y la discapacidad y los factores contextuales*. El primer eje se refiere a *las funciones y estructuras corporales y a las actividades y la participación*. En el segundo eje se encuentran *los factores ambientales y los factores personales* (7).

La discapacidad es definida en esta clasificación como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (7). Esto indica que es la sociedad la que favorece o no el desempeño y la realización de la persona. Es decir, el entorno donde se encuentra la persona tiene efectos de restricción o facilitación del desempeño. Por lo tanto, la CIF concibe una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores de influencia en el contexto en el que se desenvuelve una persona

En este sentido el término discapacidad “engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación” (7) y, así, deja de emplearse como una parte de las consecuencias de la enfermedad y se eleva a término genérico para todas las condiciones de salud negativas, la discapacidad, es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “Condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”.

La discapacidad, es un término que denota una condición de salud e involucra diferentes dimensiones del funcionamiento humano, la dimensión corporal, la individual y la social ocasionando deficiencia, limitación en la actividad y restricciones en la participación social. Se convierte en una categoría culturalmente construida, que presenta modelos fundamentales que dan cuenta de la naturaleza de la discapacidad, ellos son: El modelo individual, donde la discapacidad es vista como un problema personal, por lo tanto la solución al problema es una acción de tratamiento suministrada a cada individuo (14).

Por otro lado también se evidencia en el desarrollo de esta investigación que la información dada por los participantes en el estudio sobre la discapacidad es abordada desde el modelo social. El modelo social muestra a las estructuras sociales, políticas y económicas de producción como responsables de la discapacidad y no a la persona en sí; En este sentido, diferencian entre las deficiencias —condiciones del cuerpo y de la mente— de la discapacidad —restricciones sociales que se experimentan—. La relación entre la deficiencia y las barreras sociales se puede explicar usando las palabras del movimiento norteamericano Vida Independiente (1975), cuando afirman que la discapacidad “es algo que se emplaza sobre las deficiencias, por el modo en que las personas con discapacidad son innecesariamente aisladas y excluidas de una participación plena en sociedad. (33).

Es decir, una de las restricciones sociales que se presentan con las personas con discapacidad, en palabras de Nussbaun, es lo referido a la Teoría de las capacidades humanas, basándose en los Derechos Humanos. En dicha teoría, las capacidades humanas son entendidas como “aquello que las personas están en capacidad de hacer y ser, según una idea intuitiva de lo que es una vida acorde con la dignidad del ser humano” (34).

Esta clasificación modificó la manera de abordar la discapacidad, abonando el camino para comenzar a analizar las consecuencias de la enfermedad más allá del nivel biológico y señalando responsables y responsabilidades de esta problemática en el ámbito social. Estas teorías sustentan lo expuesto por el fisioterapeuta (1) y médico (2) los cuales refieren el papel preponderante de la sociedad en las limitaciones y restricciones a las que están expuestas las personas con discapacidad, destacando que es la misma sociedad quien presenta las barreras para su rehabilitación.

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

Para la CIF, una deficiencia es un problema en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida; una limitación en la actividad. Es una dificultad que un individuo puede tener en el desempeño/realización de una tarea o acción; y una restricción en la participación

es un problema que el individuo puede experimentar al involucrarse en una situación vital (35). Pero también puede ser vista según los mismos autores, como la utilización de las capacidades que tiene el individuo para lograr su funcionamiento, desde sus estructuras corporales, y sus expectativas sociales y personales.

Todo ello, en función de factores ambientales, constituidos por el ambiente físico, social y actitudinal en el que la persona vive y conduce su vida, y los factores personales, antecedentes de la vida de un individuo, compuestos por los aspectos que no forman parte de una condición de salud o estado de salud (36).

Esta definición ha permitido que se pase de un concepto clasificatorio basado en consecuencias de enfermedades a una clasificación de componentes de salud, por lo que el funcionamiento y la discapacidad se conciben como una interacción dinámica entre los estados de enfermedad, trastorno, lesión, trauma y los factores contextuales que pueden ser personales y ambientales (7).

Esta es la propuesta de la fisio (1) y médico (2), donde ellos destacan, la importancia de tener en cuenta las capacidades de los sujetos para el logro de habilidades y destrezas para el desempeño en sus actividades cotidianas, sin hacer énfasis en su condición de salud.

En las apreciaciones realizadas por los diferentes profesionales, no se advierte importancia de la familia como eje fundamental en la aceptación de la discapacidad, y su papel en los procesos rehabilitatorios que propenden por la inclusión/exclusión a los que están expuestas las personas con discapacidad; acorde con este planteamiento (37, 38) refieren que la situación de la persona con discapacidad se vuelve más complicada a partir de las creencias de la familia, que consideran en algunos casos, que las deficiencias y limitaciones no le permitirán

alcanzar mejores niveles de vida, al no tener recursos económicos, ni conocimientos acerca de la discapacidad.

La OMS, en su Informe Mundial sobre la discapacidad (14), concibe el Funcionamiento y la Discapacidad como interacción dinámica entre condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. Es decir, las dificultades que se presentan en cualquiera de las tres áreas del funcionamiento como son: funciones y estructuras corporales, actividades y participación.

Por tanto, las causas de la discapacidad se pueden ubicar en dos grandes bloques: “En el primero todas aquellas que son causadas por alteraciones congénitas, enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, carencias nutricionales y problemas de salud de origen prenatal o durante los primeros años de vida; y en el segundo aquellas discapacidades que han sido originadas por elementos dentro del ambiente como es el uso de pesticida en plantaciones, actos de violencia, accidentes laborales y los daños ocasionados como producto de conflictos armados que no solo provocan lesiones físicas sino que causan secuelas emocionales y psicológicas” (39).

Finalmente, (5), relata que el modo de entender (conceptualizar o teorizar) e investigar una realidad no son procesos independientes. Y esto se presenta para el caso de la discapacidad, debido a las implicaciones prácticas que las distintas concepciones tienen en la vida cotidiana de las personas consideradas discapacitadas, y en las relaciones sociales en general.

Partiendo de estas consideraciones, la discapacidad constituye una realidad compleja y multifacética, que se inscribe en unas coordenadas socioculturales amplias que enmarcan el pensamiento y el modo de acción en el campo en que estemos situados; (40), donde se presentan las principales características de las

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

5.3 ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD

Tabla 2. Actitudes hacia Discapacidad de los participantes en el estudio

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Encontrar caminos viables	Disminución de la funcionalidad	Reacción sin querer de ayuda	Anormalidad
Propender por su utilidad a la sociedad	El entorno dificulta la ejecución de la funcionalidad	Menosprecio de la capacidad de esa persona	Dificultades en el ámbito social
El discapacitado también produce económicamente	La accesibilidad	El simple contacto visual pone en actitud de querer colaborar	Ayudadora o facilitadora
El ft es la lámpara del discapacitado frente a la empresa	Uso de la funcionalidad mediado por el entorno	Querer facilitarle las cosas	Rechazo a la enfermería
Propiciar un rol laboral	Entorno media en el nivel de discapacidad	Solidaridad	Culturalmente se cree que no somos capaces para el abordaje
Concientización y ayuda a sobresalir		Actitud de creer que son ineficientes	
Necesidad de convivir en la sociedad		Discapacidad = falta de infraestructura	
Facilitadores de esperanza		Rehabilitación no adecuada	
Profesiones excluyentes ante la sociedad		No deseo de superación	
Lástima por el discapacitado		Contacto con grupos terapéuticos	

Fuente: Elaboración propia

Ibáñez, (1988), concibe la Actitud como la postura que toma la persona frente al objeto de representación que puede ser apropiada o no y es la que orienta la

valoración de ese objeto. La actitud es el componente afectivo de la representación que direcciona las conductas de la persona, es decir, la dimensión actitud de las representaciones sociales regula las conductas de las personas. Para los profesionales de la salud que abordan la discapacidad, la categoría *actitud* está ubicada en el núcleo de las representaciones sociales, a partir de las percepciones de tratamiento e intervención mediados por los modelos en los cuales se inscriben los referentes teóricos propios de estos profesionales.

Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la Representación Social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación. Se deduce que la actitudes la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, primera desde el punto de vista genético (11).

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

La actitud es esencialmente afectiva, emocional y constituye el factor que orienta y gobierna conductas y comportamientos. Con las actitudes se destaca la dimensión afectiva que impregna y orienta la actuación, con lo que se advierte lo que gusta o disgusta al sujeto (41).

La experiencia personal y social está directamente relacionada con la formación de las actitudes de cada persona, esto debido a la interacción con el entorno (43), la cual está mediada por procesos de imitación o internalización de patrones sociales, prejuicios e influencia cultural (43).

Así mismo, se configuran como resultado del proceso de socialización, lo que deviene de la apropiación de patrones cognitivos y conativos del entorno y como producto de la maduración y desarrollo cognitivo del sujeto, en función del conocimiento y experiencia que tenga sobre ellos (44).

Las funciones de las actitudes son la instrumental o utilitaria, (en función de sus consecuencias o de la conducta en cuestión); la expresiva (resalta la capacidad de realización, expresión y autodefinición); la egodefensiva (protege a la persona de verdades o situaciones desagradables de sí misma) y, la de conocimiento o economía (estructura y organiza el entorno, actuando como esquema o filtro cognitivo)(44).

La actitud que construyen los profesionales, en torno a la Discapacidad se visualiza en estos discursos

“somos unos facilitadores del movimiento en termino de todo lo que es funcionalidad y como también esas personas que les damos esperanza, es la persona que lo guía, lo estimula, le da esperanza, que le sube su autoestima, haciéndolo que crea en el mismo” (Fisio 4).

“Frente a la discapacidad la reacción siempre es de ayuda hacia la persona discapacitada, se da una reacción de tratar de colaborarle en lo que más pueda a esa persona, para las actividades que pueda realizar; el mismo trato hacia una persona discapacitada suele ser diferente, nos ponemos en una posición más.....comprensiva, digamos que hasta cierto punto, una posición entre comillas que podría llamar de lastima, sin saber cuál es el potencial o capacidad que tiene esa persona, pues básicamente es eso, una posición de ayudar y de colaboración hacia esa persona discapacitada (Fono 1).

“(…), ante una situación o ante una....responde uno con una..... Con una reacción sin querer de ayuda, sin darse cuenta por utilizar las palabras, menosprecia la capacidad de esa persona, con el simple contacto visual, inmediatamente se pone en una actitud de querer colaborar, o de querer facilitarle las cosas, sin saber si esa persona puede o no realizarlo, esa es la primera actitud que tenemos nosotros como médicos, ante una persona discapacitada” (Médico 1).

“Personalmente.....ya para mi.....no como algo normal, pero, si..... soy....más asequible a esa persona, pero.....también pienso a la vez que.....hay muchas dificultades para tratar en el ámbito social a la persona, también en ...en.. el momento de pronto....de..... relacionarse para poder interactuar con los demás, muchas personas lo miran como....hay pobrecito, como con lastima, si....pero pienso también que a la vez, es debido a la falta de cultura y a la falta de conocimiento acerca de la discapacidad que presenta la persona (Enfermera 1).

En estos fragmentos de relato se aprecia que los profesionales de esta área, asumen un pensamiento de ser los “facilitadores” del proceso de recuperación y reintegración de la persona al medio social y laboral, a través de la recuperación de la funcionalidad del área afectada.

Esto contrasta con los sentimientos que pueden generar cierto conjunto de posiciones y disposiciones a las que se integran por efectos de las instituciones en las que laboran:

“Nuestra misma sociedad construye una serie de leyes, pero al lado de ellas te manda como decirlas y como, entonces quedas atada, entonces en algún momento me siento más discapacitada que aquel que la tiene, porque llevo el título de saber, pero no puedo otorgar nada de lo que sé a ese usuario, porque

no me es permitido guiarlo en los procesos que debe realizar para exigir sus derechos” (Fisio 2).

“Por qué yo debo cuidar los intereses particulares de la entidad con la cual trabajo, ¿cómo les parece? Por eso digo que yo tengo más discapacidad que ellos, porque tengo el conocimiento, pero no lo puedo utilizar para mejorar sus condiciones. Es un trabajo duro (...), pero yo lo elegí” (Fisio 3).

Adicional a esto se suma un elemento particular y es la situación laboral de la persona discapacitada en la que el Fisioterapeuta considera que se hace necesario el intervenir con las distintas empresas para que consideren la permanencia del paciente en aras de que la misma obtenga beneficios adicionales por la permanencia de la persona con discapacidad.

Se hace visible como las personas con discapacidad han sufrido y se indican los perjuicios soportados (45). Lo anterior pone de que la persona con discapacidad es vista con “ una imagen de bajo salario, jornada laboral más larga y peores condiciones laborales y habitabilidad, todo esto sumado a una mayor posibilidad de estar desempleados” (46).

“Las actitudes hacia la discapacidad se encuentran mediadas tanto por concepciones rígidas y parciales, centradas excesivamente en las restricciones o ausencia de ciertas capacidades, o bien por concepciones más integrales, centradas tanto en el ambiente como en la persona, lo que puede conducir a actitudes más flexibles y de aceptación” (47).

A partir de un alto grado de conciencia social por mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, el tema de las actitudes hacia las personas con discapacidad es un tema que ha cobrado vigencia. Las actitudes y expectativas negativas hacia las personas con discapacidad siguen siendo en la actualidad

motivo de análisis, puesto que constituyen una de las principales barreras para su inclusión e integración (48).

Las actitudes hostiles que reciben las personas con discapacidad, se originan en los prejuicios. “El prejuicio interpersonal está implícito en las representaciones culturales, en el lenguaje y en la socialización” (49). Este a su vez estimula reacciones negativas en estas personas favoreciendo su segregación. En consecuencia, se aumentan las distancias sociales y se produce mayor discriminación, marginación o incluso abandono de las familias y de la sociedad en general. Asimismo, su autoconcepto se puede ver deteriorado. Lo anterior probablemente hace que las mismas personas con discapacidad se consideren menos capaces, lo cual produce sentimientos y manifestaciones que no les permiten conocer sus necesidades y capacidades, ni las opciones que tienen en la sociedad (49).

Es frecuente que por estas actitudes, las personas con discapacidad y sus familias experimenten diferentes obstáculos que terminan alejándolos de la integración social a su entorno (50). Agrega en este estudio que no es frecuentemente comentada la influencia directa de los profesionales en la misma población con discapacidad, sus familias y su medio inmediato. “Los diferentes profesionales que tienen que ver con la discapacidad como médicos, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales, han influido en la generación de definiciones hacia la discapacidad” (50).

De igual forma estos profesionales han contribuido de “manera reduccionista al enfrentar la discapacidad, debido a que los modelos teóricos aplicados en la formación han privilegiado la explicación de la discapacidad como déficit biológico, psicológico o social”. En muchas intervenciones se considera a la persona con discapacidad como un sujeto con manifestaciones que indican “alteración” y se sitúan las limitaciones en la persona y en su familia. (51).

Otros estudios constatan el hecho de que las actitudes hacia las personas con discapacidad son eminentemente negativas (52- 55), configurando prejuicios y estereotipos que las estigmatizan y las excluyen, lo que tiene un efecto en su calidad de vida (56). Por tanto la percepción de las personas con discapacidad depende de actitudes sociales que condicionan no solamente el trato que las personas no discapacitadas dan a los discapacitados, sino también las propias actitudes de estos (57).

Una serie de investigaciones han comprobado que existen diferencias en las actitudes hacia personas con discapacidad en función de la condición de poseer o no contacto con ellas (58- 64, 48).

Sus resultados muestran que las actitudes hacia la discapacidad son más positivas en los estudiantes de Humanidades y Educación que en el resto de áreas de conocimiento, de igual forma los estudiantes de posgrado presentaban actitudes más favorables hacia la integración de personas con discapacidad que los de pregrado. No se evidencian diferencias significativas en las actitudes en función del género (61).

La experiencia o el contacto con la discapacidad es una variable que arroja resultados más concluyentes, lo que indica que a un mayor contacto existirían actitudes más favorables hacia individuos con discapacidad (62).

Estas premisas corroboran lo planteado por la Fisio (3), con una diferencia, el rol realizado por ellas en las empresas está generando cambios que permiten la permanencia del empleado en su trabajo, aunque en algunos casos, es necesario reubicarlos en otro puesto teniendo en cuenta sus capacidades. Sin embargo, una de las fisioterapeutas estuvo en desacuerdo con esta postura, planteando la

responsabilidad de que debe primar el bienestar del Discapacitado sobre las necesidades que la institución exija.

“(...) mirando al discapacitado laboral , el fisioterapeuta se enmarca más en encontrar, caminos viables para que ellos sigan siendo útiles, sigan siendo figuras productivas y aceptadas en el mismo medio porque prácticamente (...) nosotros somos los que buscamos que las barreras que pongan los directivos de las empresas, les genere a ellos otro ámbito, viéndolo desde ese punto se les debe vender la idea a la empresa que el discapacitado también le produce plata a la empresa, le produce una rentabilidad, porque exonera a las empresas de una cantidad de aranceles económicos (Fisio 1).

A mí me genera tristeza, y critico lo que he escuchado de ustedes, porque no logro comprenderlo, o sea como prevalecen los intereses particulares sobre la condición de salud de un individuo, yo me pregunto, donde están las leyes, entonces estas son una falsedad, y me parece terrible, lo que hay que hacer entonces es, EMPODERAR a las personas en situación de discapacidad y sus familias, para que ellos sepan cuáles son sus deberes y derechos, (...)” (Fisio 4).

“De acuerdo a las experiencias que hemos tenido con las personas con discapacidad, como la definimos y concebimos influye en las relaciones que podemos formar con ellas; es así que como profesionales pensamos en que debemos ser facilitadores y actores en los procesos de inclusión de estas personas” (48).

Por otro lado, se encuentra que no solo son las empresas, algunos los profesiones de la Salud, sitúan la Discapacidad como algo que no está dentro del rango de actuación por lo que generan rechazo frente a las personas que presentan está condición.

“yo siento que hay un cierto tipo de rechazo, de ciertos profesionales en enfermería, porque consideran que esa labor no les corresponde a ellos y que no tienen por qué hacerlo, pero si hay un grupo mayor de profesionales, que últimamente se están involucrando en los procesos de rehabilitación, siendo ellos quienes los cuidan en la casa, por lo tanto deben aprender de cada uno de los profesionales que lo atiende , para después orientar al discapacitado en las actividades que deba hacer” (Enf. 1).

Aunado a lo planteado anteriormente, se podría afirmar que los sujetos con discapacidad han sido receptores de una cantidad de respuestas discriminantes por parte de la sociedad, las cuales se describen especialmente desde la tendencia de inferioridad biológica o fisiológica que imponen una presunción de incapacidad extrapolable a las dimensiones sociales y políticas (66).

Según estos autores la inferioridad biológica y fisiológica se relaciona con nociones como insuficiencia, déficit e invalidez y atiende a razones puramente médicas. La insuficiencia hace referencia a la alteración en la organización funcional del organismo que implica el no cumplimiento de un proceso fisiológico, mientras el déficit hace referencia a la alteración funcional que implica un desempeño por debajo del desempeño que se considera normal y la invalidez la cual tiene la connotación de la incapacidad para realizar una actividad o ejecutar un rol. Es decir, el concepto de invalidez se asume en muchos casos como un factor negativo y finalmente son estas tres acepciones las que históricamente han marcado el imaginario colectivo que da sentido a las concepciones de deficiencia, la discapacidad y la minusvalía en la perspectiva que planteo la OMS, en 1980.

Diferentes autores manifiestan que aquellas personas que no han interactuado directamente con personas discapacitadas presentan actitudes de rechazo mayores que aquellas que previamente han tratado con este colectivo (67) Así mismo manifiesta que el contacto con discapacitados aumentaría las actitudes positivas hacia estas deficiencias. Similares resultados similares se plantean al

analizar las actitudes de profesionales y estudiantes universitarios de psicoterapia, terapia ocupacional, trabajo social y enfermería, hacia personas con discapacidad, observaron que los profesionales mostraban unas actitudes más positivas (68).

Estos resultados parecen estar relacionados con la mayor posibilidad de contacto que estos profesionales mantienen con personas discapacitadas, y con su mayor nivel educativo (69).

En el ámbito contextual “la persona con discapacidad enfrenta diferentes formas de exclusión con restricciones económicas, sociales, culturales, entre otras en este sentido la categoría de discapacidad ha estado definida por la interacción permanente entre el poder, la marginación y la dependencia, estas condiciones de marginación y dependencia, sustentan que las personas con discapacidad necesitan ayudas especiales para poder integrarse de una forma normal en la sociedad, y al recibir estas ayudas se convierten a su vez en dependientes, ya que de otra forma quedarían siempre excluidas al no poder realizar determinadas funciones” (70).

De igual forma las actitudes, son una construcción basada en creencias y conductas compartidas socialmente, estas se hacen visibles cuando no permiten descubrir las potencialidades de las personas con discapacidad, sino, que se convierten en impedimento para lograr la inclusión, generando abolición de oportunidades (71).

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

Bajo ningún pretexto se puede relegar a las personas con discapacidades de la

sociedad, ya que de esta forma correríamos el peligro de perder la memoria colectiva, por lo que las cuestiones como poder, justicia, igualdad, ciudadanía y democracia participativa quedarían en papel mojado para hacer frente a la discapacidad (72).

Como se ha mencionado, los estudios sobre discapacidad han evolucionado, tanto en calidad como en cantidad, y esto permite que todas las áreas del conocimiento participen de forma determinante en el abordaje de esta población. Los estudios en torno a la discapacidad muestran cómo la discapacidad es un criterio para la distribución de los recursos entre las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad, esta distribución de los recursos, comprendida desde una perspectiva utilitarista, se ve apoyada, al destacar que, desde el punto de vista del utilitarismo se distribuirían los recursos menos injustamente entre los disminuidos (73).

Por tanto, se pudiera plantear que muchos de los testimonios y las actitudes de los participantes en el estudio frente a la discapacidad guardan relación con lo propuesto por Dorsc, cuando afirma que la actitud como una predisposición adquirida y estable para reaccionar ante una situación determinada (74). Como se aprecia, la referencia a predisposiciones y afecto son elementos asociados al concepto; asimismo, los aspectos centrales que dan cuenta de dicho término, hacen alusión al hecho de que las actitudes son adquiridas, implican una alta carga afectiva y emocional que refleja deseos, voluntad y sentimientos, y las que representan respuestas de carácter electivo, son aprendidas y configuradas como experiencias subjetivas y poseen dimensiones múltiples de expresión en los planos individual y social (43).

5.4 CAMPO REPRESENTACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

Tabla 3. Campo representacional hacia la Discapacidad de los participantes en el estudio

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Imagen de muletas, bastón, sillas de ruedas	Ámbito educativo	Falta algo	Poca cultura
Persona que ya no sirve	Doble moral o puerta	Dificultad de movimiento	Desconocimiento total
Lástima	Accesibilidad imposible	Algo físico más que mental	Más que lo físico
Logos y arquetipos	Normatividad operante	Falta de infraestructura	Logos y arquetipos
Discapacidad= pobreza	Ignorancia cultural	Ayuda al otro	
Inspira pesar	Respeto por el otro	Apoyo	
Marginación.	Pluralidad de programas	Contacto profesional	
Concepción cultural desde los altos mandos	Cooperación internacional	Estigmatización	
Tristeza y aislamiento	Lástima y ayuda hacia ese	Oferta profesional para su tratamiento	
Marco negativo	Sombra		
Indiferencia	Impotencia y rabia		
Uso de recursos	Ternura		
Desigualdad social	Solidaridad		
	Respeto		

Fuente: Elaboración propia

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

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

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

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

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

Las Representaciones Sociales que plantean los profesionales de la salud, según Moscovici, se elaboran y son construidas por el contexto social a partir de sus transformaciones; planteó además, una proposición cuya tesis expone que el conocimiento se alimenta de dos caminos: desde su elaboración en el plano social e intelectual y desde su construcción social de la realidad (24).

Las representaciones sociales son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos; elabora y muestra las representaciones sociales como una forma de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas “bombardeadas” constantemente por la información que los medios de comunicación divulgan, encontrando su expresión en un lenguaje común de cada grupo social (12, 11).

Es así como las Representaciones Sociales, conceptualizadas por Araya (2002) se constituyen en sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo (24).

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

“Acá en Cartagena lo relaciono con pobreza,(...), discapacitado con plata mi hermano es una elegancia, las sillas electrónicas, la enfermera que lo cuida, (...).la ciudad no tiene una infraestructura para que estas personas estén cómodas, ese ambiente lo da si la familia lo genera, pero nuestras estructuras políticas no nos la brinda, (...)” (Fisio 3).

“pero a la mayoría de las personas les inspira lastima, inspira pesar, y lo primero que ves a una persona tirada en una cama lo que siempre se dice es “hay pobrecito que pesar” en vez de tratar de buscarle todas las partes positivas y tratar de incluirlo en sus roles, aunque tenga las deficiencias que tenga. También lo relaciono con pobreza, es que es así, una persona pobre no tiene derecho a nada, es una persona marginada, mientras que la que tiene todo, a ella se le dan los mejores beneficios y todo lo que quiera, yo creo que es algo cultural, eso va desde los altos mandos, acá en Cartagena no vemos establecimientos que tengan rampas (...).tienen andenes altos donde las personas con discapacidad no pueden hacer uso de ellos (Fisio 2).

“me llama la atención en la ciudad es la indiferencia hacia las personas con discapacidad, poco se les brinda ayuda para el cruce de calles, subir un ande un ascensor etcétera. (FISIO 3).

“Pero lo que más nos hace pensar cuando hay discapacidad es en pobreza porque en este tipo de personas se nota más. Como se nota más? Que son las que menos ayudas tienen, son los que menos ayudas técnicas tienen, son las personas que como no se relacionan no tienen esa accesibilidad económica para un tipo de tratamiento pues entonces quedan más marcados por su discapacidad (Fono 2).

“las investigaciones han demostrado la correlación entre discapacidad y pobreza, demostrando que no hay igualdad en cuanto a las condiciones, una persona con dinero tiene a su disposición todos los recursos, mientras que un pobre tendrá dificultad hasta para conseguir una cita médica, es decir los facilitadores están en la capacidad económica que tenga,(..)” (Fisio 4)

Acorde con los conceptos anteriores expresados por la Fono (2) y Físio (4) en la construcción social de la discapacidad, Habitus, estereotipos y exclusión social, se señala que la práctica cotidiana se convierte en malabarismo y el día a día en una continua evasión de lo evidente ejecutando un *habitus* cotidiano que modela nuestras percepciones acciones y representaciones de y en el mundo; un *habitus*, además inscrito en contextos institucionalizados que imponen una lógica, un sentido correcto de hacer y entender que viene determinado por la membrecía colectiva a tales contextos (9).

La discapacidad no es la limitación para realizar algunas actividades que pueda presentar una persona, sino, las barreras que el contexto muestra para la realización de las mismas (75). Refieren que aunque no se explicó ni se habló de los tipos de discapacidad, los sujetos con los cuales se realizó la investigación, al escuchar la palabra discapacidad la relacionaban con la silla de ruedas, y con la dependencia, esta afirmación sustenta lo expresado por las físicas (2 y 3),

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

“Yo creo que es una concepción cultural, viene de generación en generación, eso se ha dado por todos nuestros ancestros y nosotros hemos continuado, que hemos podido cambiarlo porque estamos pisando en (...)” (Físio 3).

“eso es una concepción generacional que pensaban nuestros abuelos, y me imagino que debía ser más terrible, el chueco, cojo, el que no sirve, eso lo escuchaba de mi abuelita. Yo pienso que eso está cambiando también yo que veo niños (...).yo que te digo niños con Down con Parálisis Cerebral y el sentimiento que viene a mi es de ternura” (Físio 4).

En el estudio realizado por Esser y colaboradores, se encontraron dentro de sus resultados como la calificación de la discapacidad es asumida como enfermedad, maleficio, tragedia social, minusvalía y castigo. Se concluyó que a nivel institucional las discapacidades se entienden desde el discurso biomédico; contrariamente, en estudiantes y usuarios las discapacidades son representadas socialmente como categorías ético- morales, afectivas, naturalistas y de crítica social, este concepto enfatiza lo expuesto por los profesionales de la salud (6).

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

Este Campo Representacional, se crea como espacio para ordenar y darle distribución a los contenidos de objeto de estudio (76).

Desde este último eje es que se logra el acercamiento a las razones por las que los profesionales en Cartagena asumen una postura de protección hacia las personas con discapacidad, en tanto que los medios y las circunstancias externas fragilizan y vulneran las necesidades de estas personas, mostrándoles un ambiente excluyente.

Andréu Abela y colaboradores afirman que no existe una única teoría en torno a la discapacidad, ya que son muchos y diversos los temas que se abordan bajo este aspecto temático (77). Entre los más importantes se puede encontrar los estudios sobre la teoría de la «opresión social» de la discapacidad, donde se describe

cómo las personas con discapacidad no sólo son relegados de la marginación social, sino también de la teoría sociológica (78).

Aunque bien, es cierto que en estos momentos los estudios sociológicos sobre la discapacidad son bastante limitados, para definir el término discapacidad estos autores recurren a los paradigmas que sustentan las distintas teorías que nos acercarán al funcionalismo biológico, al interaccionismo social y nosotros la completamos con la perspectiva socio crítica e integramos las tres en la perspectiva de la teoría de sistemas, mostrando en último término llegar a una sinergia entre las tres posturas, donde la complementariedad será el punto de articulación quedará forma a una perspectiva integral.

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

En esta perspectiva desde inicios de los años noventa el campo científico de la discapacidad se ha visto inundado de numerosas publicaciones que sustentan diferentes modelos para estudiar e intervenir en problemáticas relacionadas con la discapacidad, realizadas por académicos del Reino Unido y de EEUU, que en general presentan como modelo de la teoría funcionalista el modelo médico-biológico, con base en severas y radicales críticas al modelo médico y como objetivación de la teoría interaccionista plantean el modelo social (79, 80) y finalmente emerge el modelo bio-psico-social el cual es expresión de la teoría sistémica.

Lo anterior se pudiera reforzar a partir de lo encontrado en el campo representacional de los profesionales de la salud y la discapacidad cuando se afirma que esta mediada a partir de las creencias en las que se ubica cada uno de ellos. Posiblemente esa forma de ver la discapacidad por parte del personal de salud, influye en las acciones e intervenciones que los mismos desarrollan con las personas que adquieren una discapacidad (81).

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

El vivir en función de “normalizar” a las personas con discapacidad, el estar siempre a la espera de que “la ciencia avance”, de que algún “milagro” ocurra; genera inconvenientes al momento de elaborar el proceso de duelo que trae la discapacidad, lo que puede desencadenar un cierre incompleto del mismo, y por ende un deterioro en la calidad de vida de las personas que vivencian una situación de discapacidad adquirida.

Es a partir de estas premisas que se hace necesario realizar cambios en los paradigmas referentes a la discapacidad, promoviendo la inclusión de la persona con discapacidad en todos los ámbitos, a través de procesos de rehabilitación integrales e incluyentes

La gran importancia que adquiere el conocer las representaciones sociales que tienen las personas con respecto a los diferentes fenómenos sociales, entre los cuales se encuentra la discapacidad, pues las representaciones sociales son

constructoras del comportamiento y resuelven la compleja encrucijada que genera lo que resulta desconocido para el ser humano.

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

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

Lo anterior se pudiera reforzar a partir de los resultados del estudio de Rodríguez, quien plantea que el campo representacional de los profesionales de la salud en relación a la discapacidad esta mediada a partir de las creencias en las que se ubica cada uno de ellos (81). Posiblemente esa forma de ver la discapacidad por parte del personal de salud, influye en las acciones e intervenciones que los mismos desarrollan con las personas que adquieren una discapacidad.

Así entonces, puede decirse que esa intervención por parte del personal de salud atravesada por el modelo médico de la discapacidad, sumada al sistema de representaciones sociales preexistentes de las personas con discapacidad antes de adquirir la misma, más la percepción de sus familiares o personas cercanas

acerca de dicha situación (también permeada por el modelo médico); no permite una completa rehabilitación de la persona con discapacidad.

El vivir en función de “normalizar” a las personas con discapacidad, el estar siempre a la espera de que “la ciencia avance”, de que algún “milagro” ocurra; genera inconvenientes al momento de elaborar el proceso de duelo que trae la discapacidad, lo que puede desencadenar un cierre incompleto del mismo, y por ende un deterioro en la calidad de vida de las personas que vivencian una situación de discapacidad adquirida.

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

6. CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

7. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados del presente estudio se hace conveniente tomar medidas en relación a la conceptualización y abordaje de la Discapacidad por parte de los profesionales de la salud (Médicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos y enfermeras) de la ciudad de Cartagena), por ello es necesario:

Dar a conocer los resultados del presente estudio a Secretarías de Salud y Educación que posibiliten el desarrollo de procesos de actualización y capacitación conceptual y teórico de los referentes sobre discapacidad. Esto facilitará tener claridad y unificar los criterios conceptuales para avanzar en el abordaje del fenómeno discapacitante.

Se hace necesario dar continuidad a procesos investigativos que sobre las representaciones sociales con actores cercanos a las personas con discapacidad como cuidadores, la familia y contextos de amigos que permitan ampliar la visión que tienen estas personas sobre la temática y de esta manera se pueda complementar el proceso de habilitación y rehabilitación de estas personas.

Para la ciudad de Cartagena, en el tema de la discapacidad aun es mucho lo que falta por analizar. Si bien es un tema que apenas está tomando valor real, se debe conocer el impacto que desde su abordaje en la salud se tiene. Es conveniente continuar con procesos investigativos que amplíen el desarrollo de la discapacidad y su abordaje.

En general, se evidencia que la comprensión de los asuntos relacionados con la discapacidad se está enfrentando al desarrollo de nuevos desafíos. Es necesario que en Colombia se detecten las diversas percepciones existentes hacia la discapacidad en sus diversos grupos culturales, para desde ahí, generar estrategias que promuevan nuevas orientaciones contando con la participación

activa de la población y de los diferentes sectores de la sociedad colombiana

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moscovici, S. Psicología social. Tomo I. México D.F.: Paidós, pp.123; 1993
2. Moñivas, A. Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. Revista de psicología, general y aplicada, 1994. 47(4), 409-419.
3. Castorina, J. Representaciones sociales, problemas teóricos y conocimientos infantiles. Barcelona: Gedisa – España, 2003. 126.
4. Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge (comp.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona, Ediciones Paidós, 1986
5. Lopez, M. Modelos Teóricos e Investigación en el Ámbito de la Discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal, 2002.
6. Esser, J., Rojas, C. Representaciones sociales de la discapacidad: Estudio de opinión en universitarios de las ciencias de la salud de la Universidad de Carabobo. Revista Investigación en Salud, 2006, Diciembre, Vol. 8:
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud. WHO Library Cataloguing- in-PublicationData, 2001.
8. Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 2001.
9. Ferreira, M. Una aproximación a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. Revista española de investigación sociológica No, 124, 2008, 141-174.
10. Pérez, P. *Los jóvenes secundarios de la Comuna de Ñuñoa: Un Estudio de sus Representaciones Sociales sobre el Consumo de Drogas* (Online).2001. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/invdrog/invdrog.shtml#INTRO>
11. Mora, M. Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. Actualización Athenea Digital núm. 2002. Recuperado de: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/55/55>

12. Banchs, MA. *Concepto de "representaciones sociales": análisis comparativo*. Universidad Central de Venezuela, Departamento de Psicología Social, 2004.
13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington D.C.: OPS-OMS Publicación científica N° 540, 1992.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Discapacidades*. 2011, <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>, recuperado agosto 18 de 2014.
15. Gómez, V.; Infante, M. Actitudes de los estudiantes de educación hacia la integración de personas con discapacidad y hacia la educación multicultural. *C&E: Cultura y Educación*. 2004. 4 (16). 371-383.
16. Sánchez, V.; Parra F.; Polo, M.; Vela, y.; Quiroga, A. Representaciones sociales de un grupo de estudiantes de la Universidad Católica de Colombia frente a las personas en situación de desplazamiento en Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 2, núm. 1, enero-junio, 2008, 97-131
17. Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. *Metodología de la investigación*, Mac Graw-Hill, Madrid España, 2006.
18. Vanegas, J.; Vélez, C.; Vidarte, J. Aproximación a los fundamentos y métodos de investigación. Universidad Autónoma de Manizales – Manizales Colombia, 2010 107-108.
19. Abric, JC. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En: ABRIC, Jean Claude (Dir.). *Prácticas sociales y representaciones*. México D.F.: Ediciones Coyoacán, 2001.
20. Martínez M. *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. México: Trillas; 1999.
21. Krippendorff, K. *Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona. Paidós Ibérica, S.A, 1990.
22. Pérez Serrano, G. Los valores en una sociedad multicultural, en: *Educación Intercultural en la perspectiva de la Europa Unida*. X Congreso Nacional de Pedagogía, Tomo III. 1992. 1013-1026).
23. Revuelta, F. I. y Sánchez, M. C. *Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación. Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*. 2005. Recuperado

de http://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_04/n4_art_revuelta_sanchez.htm.

24. Araya, S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Sede Académica, Costa Rica, Apartado 11747-1000, San José, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Cuaderno de ciencias sociales 127. Primera edición: octubre 2002. Schwartzman, H. B. 1993. *Ethnography in organizations*. Beverly Hills; California: sage.
25. Moscovici, S. *On social representation*. En J. P. Forgas (Comp.). *Social cognition. Perspectives in everyday life*. Londres: Academic Press, 1981.
26. Rodríguez, T. Representaciones sociales. Teoría e investigación. Primera edición 2007, Universidad de Guadalajara.
27. Sánchez, V; Parra, F; Camacho, M; Polo, S; Vela, Y. Representaciones Sociales de un grupo de estudiantes de la universidad católica de Colombia frente a las personas en situación de desplazamiento en Bogotá. *psychologia. avances de la disciplina*, 2008; vol. 2, núm. 1, 97-131
28. Ruiz, J.I. Representaciones sociales. Documento de trabajo. Departamento de Psicología Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2001, 8
29. Viveros, M. La Noción de Representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología*. vol. XXX, 1993. 230-244
30. Barton L., Torres J. *Discapacidad y Sociedad*. Edición: Ilustrada, Madrid, 1998.
31. Cáceres R., Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS, *Revista electrónica de audiolología*, vol. 2, <http://www.auditio.com>. Auditio.com, 2004.
32. Soto N.; Vasco CE. Representaciones sociales y Discapacidad. *Hologramática*. Facultad de Ciencias Sociales. UNLZ, 2008; año V, Numero 8: 3-22 www.hologramatica.com.ar o www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica.
33. Cortés, E., Moreno, M., Cárdenas, A., Mena, L., Giraldo, Z., Estado del arte en certificación de discapacidad; Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. D.C. 2014, 25-36
34. Nussbaum M. *Las Fronteras de la Justicia. Consideraciones sobre la Exclusión*. Barcelona. Paidós Ibérica; 2007, 30-42

35. Botero, P., Londoño, C. Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física, *Acta Colombiana de Psicología* 16 (2); 2013; 125 -37. Recuperado febrero 20 del 2015.
36. Barrero C., Ojeda A., Osorio R. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la salud (CIF) Revisión de sus aplicaciones en la Rehabilitación. *Nuevos Horizontes*, 2008; vol. 7, Numero 1-2, enero-diciembre 2008. http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2008/prn081_2e.pdf. Recuperado octubre 14 del 2014
37. Mora,; Córdoba,; Bedoya,; & Verdugo. Características de la calidad de vida de las familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI)/RM, en la ciudad de Cali, Colombia. *Revista Diversitas* 3(1), 2007:37-54
38. Rea ,A., Acle, G., Ampudia, A., García, M. Caracterización de los conocimientos de las madres sobre discapacidad de sus hijos y sus vínculos con la dinámica familiar. *Acta colombiana de psicología* 17 (1), 2014: 91-101
39. Collado, H. Las Personas con Discapacidad en Centro América (Seminario Iberoamericano Accesibilidad al Medio físico). Guatemala: Real Patronato sobre Discapacidad, Agencia Española de Cooperación Internacional, Fundación ACS y CONADI. 2007.
40. Vélez, C.; Henao, CP.; Garcia, A.; Arenas, B. Situación de discapacidad en la población del municipio de Manizales, Colombia. Alcaldía de Manizales, 2005, Universidad Autónoma de Manizales.
41. Asensio, J.M. Las actitudes en la reforma: un aspecto de la educación emocional. *Revista Española de Pedagogía*, 2002; 221, enero-abril, 51-64.
42. Zaragoza, JM. *Actitudes del profesorado de secundaria obligatoria hacia la evaluación de los aprendizajes de los alumnos*. Tesis Doctoral, Departamento de Pedagogía Aplicada, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona, España, 2003.
43. Castro de Bustamante, J. Análisis de los componentes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la matemática: caso: 1º y 2º Etapas de Educación Básica. Municipio San Cristóbal-Estado Táchira. Tesis doctoral en Pedagogía, Departament de Pedagogia, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España, 2003.
44. Zabalza, MA. Evaluación de actitudes y valores. En A. Medina, J. Cardona, S. Castillo & M.C. Domínguez (Eds.), *Evaluación de los procesos y resultados de aprendizaje de los estudiantes*. Madrid: Editorial UNED, 1998.

45. Abberley, P. «El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad», en L. Barton (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata; 2008. 34-50.
46. Townsend, P. *Poverty in the United Kingdom: a Survey of Household Resources and Standards of Living*. London: Penguin Books and Allen Lane. 1979.
47. García, I., Escalante, I., Escandón, MC., Fernández, LG., Mustri Dabbah, A.; Puga, I. *La integración educativa en el aula regular. Principios finalidades y estrategias*. México: SEP/Fondo Mixto México/España, 2000
48. Polo, M., Fernández, C.; Díaz, C. Estudios de las actitudes de estudiantes de Ciencias Sociales y Psicología: relevancia de la información y contacto con personas con discapacidad. *Universitas Psychologica*, 2011, 10 (1), 113-123. Recuperado el 12 de septiembre de 2013 de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/523/785>
49. Shakespeare, T. «Disable people's self organisation: a new social movement?». En *Disability, Handicap & Society*, 1994.
50. Nagler, M. *Perspectives on disability*. California: Health Markets Research, 1993.
51. Quintana, P.; Otoyá, MC.; Tenorio, L. Formación del recurso humano en rehabilitación; el caso de la Universidad del Valle- la discapacidad y la formación de profesionales-. En: *II Congreso de rehabilitación de la persona con discapacidad Memorias*. Cali, 1997.
52. Avramidis, E.; Norwich, B. Teachers' attitudes toward integration/inclusion: A review of the literature. *European Journal of Special Needs Education*, 2002; 17 (2), 129-147.
53. Donaldson, J. Changing attitudes toward handicapped persons: A review and analysis of research. *Exceptional Children*, 1980; 46 (7), 504-514.
54. García de la Banda, G.; Pelechano, V. Variables de personalidad como determinantes de las actitudes de aceptación y rechazo de invidentes en padres y profesores. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1996; 22 (81), 5-36.
55. Verdugo, M. A.; Arias, B. Evaluación y modificación de las actitudes hacia los minusválidos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1991; 44 (1), 95-102.

56. Shriver, T. *Estudio Multinacional de Actitudes hacia las personas con discapacidad intelectual. Resultados Generales y Llamada a la Acción* (Informe del Comité de Olimpiadas Especiales). Washington/Boston: Special Olympics/Center for Social Development and Education, 2003.
57. Aguado, AL., Flores, MA.; Alcedo, M. A. Programas de cambios de actitudes ante la discapacidad. *Psicothema*, 2004; 16 (4), 663-673.
58. Alemany, I.; Villuendas, MD. Las actitudes del profesorado hacia el alumnado con necesidades educativas especiales. *Convergencia*, 2004; 11 (34), 183-215.
59. Quintero, A., Salazar, R., Padrón, M.; Salazar, L. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. *Acta odontológica venezolana*, 2005; 43, 240-251. Recuperado el 6 de julio de 2013 de: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/actitud_odontologos.as
60. López L, Alzate ML, Velásquez V. Informe técnico proyecto: Desarrollo de un modelo de cuidado cultural para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza (PADP) (1101-04-16453). Información general del proyecto. Sinopsis divulgativa. 2008; 2.
61. Moreno, FJ., Rodríguez, I., Saldaña, D.; Aguilera, A. Actitudes ante la discapacidad en el alumnado universitario matriculado en materias afines. *Revista Iberoamericana de Educación*, 2006; 40, 1-12.
62. Barr, J. y Bracchita, K. Effects of contact with disabilities: positive attitudes and majoring education. *The Journal of Psychology*, 2008; 142 (3), 225-243.
63. Alonso, J., Navarro, R. y Lidón. V. (2004). *Actitudes hacia la diversidad en estudiantes universitarios*. Jornades de Foment de la Investigado. Universitat Jaume I. Recuperado el 6 de octubre de 2013 de: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jf113/44.pdf>
64. Gómez, V. e Infante, M. Actitudes de los estudiantes de educación hacia la integración de personas con discapacidad y hacia la educación multicultural. *C y E: Cultura y Educación*, 2004; 4 (16), 371-383. Recuperado 5 de septiembre de 2013 de: <http://www.ingentaconnect.com/content/fias/cye>
65. Gughwan, C.; Chow, L. Korean students' differential attitudes toward people with disabilities: an acculturation perspective. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2001; 24, 79-81.

66. Barnes, C.; Mercer, G. Assimilation or inclusión? *En*: ALBRECHT Gary, SEELMAN; Catherine y BURY, Michael (Eds.). *Handbook of disability studies*. California: Sage Publications, 2001.
67. Newberry, MK.; Parish, TS. Enhancement of attitudes toward handicapped children through social interactions. *Journal of Social Psychology*, 1987127(1), 59-62.
68. Wai, K; Man, D. Attitudes toward people with disabilities: A comparison between health care professionals and students. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2006; 29(2), 155-160.
69. Olson, JM.; Zanna, MP. Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 1993, 44, 117-154.
70. Oliver, M. *The Politics of disablement*. Houndmills: Macmillan Press, 1990.
71. Díaz, O., Franco, F. Percepción y actitudes hacia la inclusión educativa de los docentes de Soledad Atlántico, revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte, 2010; No 12, Enero-Junio 2010.
72. Apple. What postmodernist forget: cultural capital and official Knowledge. *En Currículo Studies*, 1993, V.1 nº3.
73. Stein, M. «Utilitarismo y el Inválido: la Distribución de Recursos».
74. *Bioethics*, 16,1, 2002, Feb. Pág. 1-19.
75. Dorsch, F. *Diccionario de Psicología*. Barcelona:Herder, 2005.
76. Rodríguez Díaz, S. y Ferreira, MAV. (2009): «Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional: un ejercicio de dis-normalización», *Revista Internacional de Sociología*, RIS (en evaluación). Disponible en: http://www.um.es/discatif/documentos/SRDyMAVF_RIS.pdf
77. Ibañez, T. "Representaciones sociales: Teoría y métodos" *En: Ideologías de la vida cotidiana*". Editorial Sendai, Barcelona, España. 1998
78. Andreu Abela, J. Algunos problemas de conducta de los jóvenes en Internet. *Revista Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 1999, 15.
79. Bury, MB. «Medical sociology and chronic illness: acomment on a panel discusion» *Medical Sociology News*. 19992.

- 80.** Barnes, C., Mercer, G. y Shakespeare, T. *Exploring disability. A sociological introduction*. Cambridge, United Kingdom: Polity Press. 1997
- 81.** Barton, L. Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. En L. Barton (Ed.), *Discapacidad y sociedad* (pp. 19-33). Madrid: Morata/Fundación Paideia. 1998Bb
- 82.** Rodriguez, T. (2007). Representaciones sociales. Teoría e investigación. Primera edición 2007, Universidad de Guadalajara.

9. ANEXOS

Anexo A

Cuestionario



Se solicita su colaboración respondiendo a las preguntas del siguiente cuestionario que permitirá recopilar la información necesaria para el desarrollo del proyecto **“REPRESENTACIONES SOCIALES QUE TIENEN LOS MÉDICOS, ENFERMERAS, FISIOTERAPEUTAS Y FONOAUDIÓLOGOS DE CARTAGENA CON RESPECTO A LA DISCAPACIDAD”**

1. PARTICIPANTE: _____
2. INFORMACIÓN GENERAL
Edad: _____ Género: M___ F___ Escolaridad _____
Actividad laboral _____

2.1 ¿Ha conocido o conoce personas con discapacidad? SI__ NO__

2.2 ¿Qué Tipo de contacto tuvo o tiene actualmente ? Escolar____ Familiar____
Social____ Laboral____

2.3 FRECUENCIA DEL CONTACTO CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD
¿Con qué frecuencia se relacionaba o se relaciona actualmente con personas con discapacidad? A diario____ Semanalmente____ Alguna vez__ Casi nunca____
Nunca_____

3. INFORMACIÓN ESPECÍFICA

4.1 Escriba tres palabras que le vienen a la mente con el término discapacidad

4.2 ¿Para usted qué significa el tener una discapacidad?

4.3. ¿Por qué razones cree que una persona puede presentar una discapacidad? _____

4.4 ¿Cree usted que la discapacidad es una forma de enfermedad?
Argumente_____

4.9 Mencione las dos principales actitudes que presenta hacia las personas con discapacidad

GRACIAS



Anexo B

GUÍA PARA GRUPOS FOCALES

A continuación se presenta la guía para realizar los grupos focales, cuyo objetivo es el de recopilar la información necesaria para el desarrollo de la investigación denominada “**REPRESENTACIONES SOCIALES QUE TIENEN LOS MÉDICOS, ENFERMERAS, FISIOTERAPEUTAS Y FONOAUDIÓLOGOS DE CARTAGENA CON RESPECTO A LA DISCAPACIDAD**”; a través de entrevista grupal, abierta y semi estructurada.

Preguntas Orientadoras

Información.

1. ¿Qué significado tiene la discapacidad para Ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos)?
2. ¿Cómo interpreta Ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogo) la discapacidad?
3. ¿Cómo se percibe/ve ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos) frente a la discapacidad?
4. ¿Cómo perciben/ ve ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos) la discapacidad en Cartagena?

Campo Representacional

5. ¿Con que imágenes relacionan ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogo), la discapacidad en Cartagena?
6. ¿Con que relaciona ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogo) la discapacidad en Cartagena?

Actitudes

7. ¿Cómo actúan frente a la discapacidad ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y fonoaudiólogos)?
8. ¿Cuál es el sentimiento que le genera /manifiesta la discapacidad a ud. como: (médicos, enfermeras, fisioterapeutas o fonoaudiólogos)?

CATEGORIA	DIMENSION	PREGUNTA PROBLEMICA	RESPUESTAS
DISCAPACIDAD.	Cognitiva	<p>Qué significado tiene para ustedes como fisioterapeutas la discapacidad?</p>	<p>(ACTOR 1) La palabra discapacidad enmarca todas aquellas limitaciones..... ya sean... físicas, mentales, sociales que pueda tener eh..... el ser humano, y que en algún momento llegan a restringirlo, en cada una de las actividades..... que desarrolla en su vida cotidiana, en cada uno de los roles en los cuales se desempeña, ya sea,..... En.....la familia, en el trabajo, en..... y en la misma sociedad, como tal.</p> <p>ACTOR 2: yo opino lo mismo, discapacidad para mi es cuando hay una alteración y esta genera una limitación, y esta limitación a su vez va a generar..... eh.....Restricciones a nivel de todos sus roles que desempeñe, como su rol familiar, su roles sociales, su rol laboral.</p>
	física	<p>Ustedes refieren que hay restricciones en algún rol, pero, que es restricción para ustedes?</p>	<p>(ACTOR 3) Restricción para mí es como la no posibilidad de participar en algo muy puntual, tengo una.... Restricción..... Pongamos en hablar de alguien que tienen unas condiciones de..... En miembros inferiores por ejemplo..... desde el funcionamiento de los segmentos de pierna, entonces tiene una restricción para hacer funciones de subir bajar escaleras.....</p>

<p>DISCAPACIDAD</p>	<p>Física</p>	<p>ACTOR 2) : yo tengo un trabajador que tuvo una fractura de una falange, de la falange distal de tercer dedo, el muchacho practica Taekwondo, y él me dijo que tiene restricciones para levantar peso, que tiene que evitar realizar esfuerzos con la mano....., entonces él me dice que no le importa tanto la parte del trabajo, sino “porque yo sé que puedo buscar otra actividad para trabajar, pero me preocupa mi deporte”, porque para el deporte necesita un entrenamiento fuerte, especialmente con levantamiento de peso,.....“tengo que realizarlo con levantamiento de pesas”, y es un deporte de contacto, entonces, al tener las restricciones que le recomienda el médico, tiene que dejar de practicar, y es un deportista de alto rendimiento; y me preguntaba y como hago para no dejar de practicar mi deporte? es un.....proceso bastante demorado, y él dice que no le sirve, porque mientras, se está desacondionando físicamente, y le hace falta practicar su deporte, además ese es una entrada económica para él.</p> <p>ACTOR1: es que generalmente lo que decía el actor 2, a veces no es tanto que la persona tenga restricción en los roles, sino que la misma sociedad los restringe a ellos, no les da las oportunidades para que puedan</p>
---------------------	---------------	--

			<p>desempeñarse, porque está demostrado que cuando la persona sufre algún tipo de lesión y por cualquier motivo queda en condición de discapacidad, muchas persona logran superarse y logran adquirir habilidades y destrezas para desempeñarse en la actividad que ellos desean, pero algunas, la misma sociedad le pone obstáculos para su rehabilitación.</p>
DISCAPACIDAD	Percepciones	Como se perciben ustedes frente a la discapacidad?	<p>como.....fíjate las parte.....mirando al discapacitado laboral , el fisioterapeuta se enmarca más.....en encontrar, caminos viables para que ellos sigan siendo útiles, sigan siendo figuras productivas y aceptadas en el.....mismo medio porque prácticamente nosotros somos los que buscamos que las barreras que pongan los directivos de las empresas, les genere a ellosotro ámbito.....viéndolo desde ese punto se les debe vender la idea a la empresa que el discapacitado también le produce plata a la empresa, le produce una rentabilidad, porque exonera a las empresas de una cantidad de aranceles económicos. Entonces como fisioterapeutas somos más actores para abrirle la mente a los empleadores, nosotros somos como lámparas creándoles luz a.....los discapacitados sobre los caminos en los cuales ellos se pueden mover para lograr reintegrarse en su</p>

			<p>rol laboral.</p> <p>ACTOR 4: yo creo que el fisio ya teniendo estos conceptos que.....con respecto a que.....a la persona con discapacidad es una persona que puede desempeñarse en cualquier medioen su rol laboral o social , entonces el fisio lo que tiene que hacer es buscarle esas ayudas, es concientizarlo y a la familia , de que ese individuo si puede convivir y puede.....realizar sus actividades sin interesar cuanta lesión tenga o limitación tenga si le buscamos esas actividades o si vemos que esa persona puede ir a una empresa , nosotros tenemos que estimularlos, educarlos, a que si pueden realizar algo y entonces lógicamente el fisio , tendrá que enfocarse en hacer ese a que él pueda realizar con la capacidad motora que tenga, realizar una función y..... somos unos facilitadores del movimiento en termino de todo lo que es funcionalidad y como también esas personas que les damos esperanza, es la persona que lo guía, lo estimula, le da esperanza, que le sube su autoestima, haciéndolo que crea en el mismo. Es un papel tan importante el de fisioterapeuta lógicamente con la ayuda de los demás profesionales, para la reincorporación a la sociedad, entonces hay que reforzar el trabajo</p>
--	--	--	--

			<p>con la sociedad, con dueños de empresa con los colegios, con los profesores, porque no todos entendemos que esas personas tienen derechos y deben estar conviviendo con las demás personas.</p> <p>ACTOR 2: yo he llegado a la conclusión que nosotras las personas nos hemos inventado y tratamos de ponerle barreras a las otras persona para que no salgan adelante, nosotros como fisioterapeutas debemos tener como objetivo en todo plan de tratamiento es reincorporar nuevamente a los pacientes a las actividades que ellos realizaban anteriormente, entonces una persona que tenga cualquier alteración en algún sistema osteomuscular, sea cardio o pulmonar, no necesariamente tiene que ser llamada discapacitada, nosotros mismos como sociedad somos los que estamos imponiendo ese término</p>
REPRESENTACIONES SOCIALES	Campo representacional	Qué imagen tienen ustedes de la discapacidad?	<p>Actor 1: la verdad es que uno se imagina unas muletas, un bastón, una silla de ruedas, eso es lo que generalmente uno se imagina.</p> <p>ACTOR 4: lo que la gente relaciona esa persona esta discapacitada ya no sirve, debe pasar sentada está en una cama, el común de la gente te dice eso, que el discapacitado no</p>

			<p>sirve, no puede hacer nada desde la función, LA LASTIMA.</p> <p>ACTOR 3: no y si miramos los logos de representativos de la discapacidad, la imagen de la silla de ruedas, de las muletas, es decir, esos instrumentos que son de ayuda resulta que son imágenes de raíz, como para marcar ese logo del discapacitado</p>
	Campo representacional	Con que relacionan la discapacidad en Cartagena?	<p>ACTOR 3: Acá en Cartagena lo relaciono con pobreza, a mí me parece fatal , discapacitado con plata mi hermano es una elegancia, las sillas electrónicas, la enfermera que lo cuida.....la ciudad no tiene una infraestructura para que estas personas estén cómodas, ese ambiente lo da si la familia lo genera, pero nuestras estructuras políticas no nos la brinda, nuestra comunidad de leyes están creada , pero no se cumple, siempre debe haber una sanción para que algo se haga posible; esto es lo que lastima a ese ser humano, porque definitivamente no todos los ambientes o todas las personas desean reformar, como construimos nuestra propia casa? Con escaleras para nosotros jóvenes pensando en que en esa casa vamos a envejecer, sin considerar que podamos tener una restricción, y tenemos cierta formación te puedes imaginar, aquellos que crecen en ese cuartico y tiene a los hijos con esas</p>

			<p>condiciones de cualquier patología que hablemos?</p> <p>ACTOR 2: pero a la mayoría de las personas les inspira lastima, inspira pesar, y lo primero que ves a una persona tirada en una cama lo que siempre se dice es “hay pobrecito que pesar” en vez de tratar de buscarle todas las partes positivas y tratar de incluirlo en sus roles, aunque tenga las deficiencias que tenga.</p> <p>También lo relaciono con pobreza,es que es así , una persona pobre no tiene derecho a nada, es una persona marginada, mientras quela que tiene todo, a ella se le dan los mejores beneficios y todo lo que quiera , yo creo que es algo cultural , eso va desde los altos mandos, acá en Cartagena no vemos establecimientos que tengan rampas donde las personas, los nuevos centros comerciales son los que tan haciendo uso de ellas , las calles sontienen andenes altos donde las personas con discapacidad no pueden hacer uso de ellos.</p> <p>ACTOR 3: Con tristeza, con aislamiento, con un mundo aparte, marco negativo que se viene a la mente.....</p> <p>Otra cosa que me llama la atención en la ciudad es la indiferencia hacia las personas con discapacidad, poco se les brinda ayuda</p>
--	--	--	--

			<p>para el cruce de calles, subir un ande un ascensor etcétera. Cuánto cuesta un adaptador para subir a la cama, una persona sin dinero no puede pagarse eso , entonces es cuando tiene que utilizar le imaginación y comenzar a diseñar adaptadores de acuerdo a sus necesidades ,y también a las posibilidades económicas</p>
	<p>Campo representacional</p>	<p>De donde crees que nace ese marco negativo de la discapacidad?</p>	<p>ACTOR 3: Yo creo que es una concepción cultural, viene de generación en generación, eso se ha dado por todos nuestros ancestros y nosotros hemos continuado, que hemos podido cambiarlo porque estamos pisando en.....en.....terreno....., pero, si nos ponemos a ver nos vamos a un pueblo, podríamos encontrar más.....</p> <p>ACTOR 4: eso es una concepción generacional que pensaban nuestros abuelos, y me imagino que debía ser más terrible, el chueco, cojo, el que no sirve, eso lo escuchaba de mi abuelita. Yo pienso que eso está cambiando también yo que veo niños.....yo que te digo..... niños con Dawn con Parálisis Cerebral y.....el sentimiento que viene a mi es de ternura.</p> <p>ACTOR 3: además, no hay respeto por</p>

			<p>ninguna señalización, porque las existentes para el parqueo de una persona discapacitada cualquiera la utiliza, hasta ese punto de irrespeto de falta de solidaridad, de conciencia hemos llegado.</p> <p>Cuando salimos con un niño en coche preferimos no hacerlo, porque el coche no tiene por donde rodar, los andes en cualquier material y con sube y baja, los carros parqueados en las misma y las carreteras con las moto taxis que da miedo estar en la carretera.</p> <p>ACTOR 4: las investigaciones han demostrado la correlación entre discapacidad y pobreza, demostrando que no hay igualdad en cuanto a las condiciones, una persona con dinero tiene a su disposición todos los recursos, mientras que un pobre tendrá dificultad hasta para conseguir una cita médica, es decir los facilitadores están en la capacidad económica que tenga, porque se supone que quien tienes facilidades economía puede adaptar una rampa, la cama, lo suiches, lo eléctrico, el carro con la rampa para subir y bajar, además de la posibilidad de atención en salud; cosa que no sucede con la</p>
--	--	--	--

			persona pobre.
	Actitudinal	Como profesionales como actuamos frente a la discapacidad?	<p>ACTOR 3: FRIOS porque realmente somos fríos ,porque cuantos dimos plata para la donación de Teletón , cuanto sacrifique de mi sueldo, realmente tenemos actitud fría, indiferente ante las necesidades del otro, del que está a mi lado , actitud distante, nos hemos deshumanizado, hay si eh.....voy en el carro y hago el pare para permitirle al señor con muletas el paso, y el Carro de atrás te está reventando a pito, y voy de prisa y me salto al que está en fila para cogernos el puesto y que nos atiendan rápido porque tenemos más prisa que todos, de una u otra forma yo pienso que no tenemos realmente afianzado el valor de la solidaridad con el discapacitado viéndolo o no , porque se hizo el proceso de Teletón y nosotros quedamos haciendo algo por los discapacitados después de eso? No es una cultura dentro de nosotros mismos de ser solidarios con esa comunidad específica.</p> <p>ACTOR 4: si yo pienso que.....que.....las acciones del fisio llegan hasta un cierto punto.....ya, de pronto tu que trabajas con empresa tienes allí a la persona y haces lo tuyo desde tu profesión y llega hasta allí no va más allá , esa</p>

	Actitudinal	De acuerdo a eso cuales crees que deban ser los compromisos del	<p>es la realidad , me imagino que habrá un grupo defisio que este organizando, pero no lo conozco.....que estén organizando algotrabajo en pro, para ayudarlo a que.....surjan para que sean visibles, nada la realidad es esa, para mí esa es la realidad , llega hasta un cierto límite, llega el compromiso del fisioterapeuta para con esa persona, pero más allá de un consultorio, hospital o de alguna otra institución donde estén ellas no las veo más allá .</p> <p>Actor 4: el compromiso es irte hasta en barrio, hasta la casa, determinar si hay barreras o no de qué manera tú le vas a facilitar, así sea, con cualquier material, si hay algunas que trabajan en eso, no reconocerlo sería muy atrevido , pero no es el rol que usualmente realizamos , son pocas las personas que van hasta donde vive la persona, para conocer de primera mano su entorno más cercano, para inspeccionar que le hace falta, y con que se puede ayudar, no hacemos seguimiento de los procesos cada mes, cada dos meses, pero no ese no es tipo de labor que nosotros hacemos realmente acá .eh.....de pronto sícreo que en los otros países</p>
--	-------------	---	---

		<p>fisioterapeuta?</p>	<p>pasa lo mismo que aquí en Colombia, pero si en algunos otros se ve más el papel de fisio es más protagónico y trabajando conjuntamente con otros colegas , por dar el ejemplo con los paciente amputados se pretende que sea funcional al colocársele una prótesis, pero, cuando nos vamos al pueblo o vereda de donde proviene? Para observar su desempeño, si la prótesis es funcional o no como se siente, no definitivamente no lo hacemos.</p> <p>ACTOR 2: y sin recibir nada a cambio? menos se produce un compromiso para realizar ese seguimiento.</p> <p>Nosotros como seres humanos somos muy flojos y si no vemos una remuneración no hacemos nada, pero es que la mayoría de los Fisio nos limitamos a la atención de los usuarios en nuestro sitio de trabajo, y ya por fuera que se las entienda como pueda, es decir no hay voluntad para hacer las cosas, tenemos que trabajar esa parte para sensibilizarnos, de que esas personas necesitan de nuestra ayuda.</p>
Discapacidad	Información	Que sentimientos les	ACTOR 3: a mí i me genera impotencia, porque, si estoy en un ambiente laboral yo no

		<p>genera la discapacidad?</p> <p>Porque?</p>	<p>puedo eh.....distribuir los recursos económicos para poder hacer una mejora como tal ,otra no es fácil hacer que otro ser humano cambie de concepción en una sola visita que se le hace, para abrirle la mente, de que es tan útil que simplemente le da la oportunidad hacia otra área ,que es simplemente hacer un proceso de unos días, una semana, un mes para reentrenar y ver cómo funciona , entonces eso me genera impotencia, esta me aumenta, cuando a todas esas personas la junta de calificaciones les daba el dictamen y me pedía que lo visitara en su casa, todas las dificultades imaginables que tiene cada uno para realizar sus actividades diarias, pero que hacer ante esa situación, viendo el irrespeto de la propia familia frente a sus necesidades , que son ignoradas.</p> <p>Nuestra misma sociedad construye una serie de leyes, pero al lado de ellas te manda como decirlas y como, entonces quedas atada, entonces en algún momento me siento más discapacitada que aquel que la tiene, porque llevo el título de saber, pero no puedo otorgar nada de lo que sé a ese usuario, porque no me es permitido guiarlo en los procesos que debe realizar para exigir sus derechos.</p> <p>Por qué yo debo cuidar los intereses particulares de la entidad con la cual trabajo, como les parece? Poe eso digo que yo tengo</p>
--	--	---	--

			<p>más discapacidad que ellos, porque tengo el conocimiento, pero no lo puedo utilizar para mejorar sus condiciones. Es un trabajo duro,..... pero yo lo elegí.</p> <p>ACTOR 4 : a mí me genera tristeza ,y critico lo que he escuchado de ustedes, porque no logro comprenderlo, o sea como prevalecen los intereses particulares sobre la condición de salud de un individuo, yo me pregunto, donde están las leyes ,entonces estas son una falsedad, y me parece terrible, lo que hay que hacer entonces es, EMPODERAR a las personas en situación de discapacidad y sus familias, para que ellos sepan cuáles son sus deberes y derechos, y ... pienso que si ellos.....se empoderan ellos podrán luchar por sus derechos, educándoles en leyes esto no pasaría, entonces es necesario para que tengan conocimiento de cómo exigir sus derechos y que se cumplan,..... y verificando que se cumplan, porque entonces para que existen esas empresas prestadoras de servicio, si no velaran por el bien de sus usuarios, me parece terrible.</p>

<p>DISCAPACIDAD.</p>	<p>Física</p>	<p>Qué significado tiene para ustedes como fonoaudiólogos la discapacidad?</p>	<p>ACTOR1: Bueno... Hablar de discapacidad es un término..... como muy general, para mí.....en forma personal, porque hay personas que no están totalmente discapacitadas sino que tiene una limitación en cualquier órgano o estructura anatómica y lo manejamos en el término, o lo trabajamos, o lo rotulamos en el término de discapacidad..... Discapacidad para mí, es toda persona que no está en la capacidad o no puede realizar una actividad por su propio medio sino que necesita de algo o de alguien que realice la actividad por él.Por ejemplo..... los que son minusválidos que no pueden caminar necesitan de la silla de rueda, los que no pueden ver necesitan del bastón para guiarse, los que no escuchan, esas personas pueden tener una discapacidad y hay personas que tienen limitaciones, o sea tienen deficiencias en cualquier órgano o sistema pero pueden realizar ellos mismos esa actividad. Entonces primero hay que diferenciar..... Cuando ya hablamos de discapacitados que no pueden realizar la actividad son personas que, como lo dije anteriormente, necesitan de un apoyo o de alguien que le ayude a realizar la actividad</p>
----------------------	---------------	--	--

DISCAPACIDAD	Física		<p>ACTOR 3 para mí, discapacidad tiene que ver con las funciones que pueda tener una persona..... y esta depende de factores extrínsecos e intrínsecos, los extrínsecos tiene que ver con lo que rodea a la persona, el uso o no de bastones audífonos etc y los intrínsecos tienen que ver con la enfermedad en sí, que le impide realizar las cosas que él quiere hacer pero que no puede.</p>
	Cognitiva		<p>ACTOR 4.La discapacidad es más bien la disminución de la funcionalidad en algo, la cual se afecta conjuntamente también con el entorno en el que se desarrolle porque muchas veces el entorno le facilita que esa funcionalidad la pueda suplir con algo e incluso hasta con alguien, pero, al revés muchas veces el mismo entorno hace que esa funcionalidad sea peor de la que en verdad tiene porque no lo ayuda, al contrario, lo perjudica, lo limita más, a que pueda ejercer esa funcionalidad</p> <p>ACTOR 2: yo cuando me refiero a discapacidad lo asumo más como una situación en particular que puede permanecer o que puede ser de forma transitoria. Pero es una situación en particular de una persona,</p>

			<p>coincido también en que es una situación en la que esa persona no puede realizar una actividad ya sea física o mental de forma normal. Normal entre comilla lo que se considera entre los parámetros normales. Pero lo veo como una situación...que la discapacidad, no solo comprende ese sistema, sino que también comprende el mental, algunas otras afecciones, ya sean sistémicas, o propiamente.....psíquicas que pueden conllevar a diferentes grados de discapacidad;.....bien sea en cuanto al desarrollo de las funciones propias de la vida diaria, o bien sea en cuanto al desarrollo de las relaciones interpersonales.</p>
--	--	--	---

