

Representación social de los prestadores de servicios de salud sobre la discapacidad motriz

Social representation of health care providers on motor disability

Guillermo Díaz Llanes^I, MsC. Judith Prieto Sedano^{II}

^IEscuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II}Policlínico "Hermandos Ruíz Aboy". San Miguel del Padrón. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El conocimiento de las representaciones sociales de los prestadores de servicios de salud constituye un insumo básico para la comprensión de la relación que éstos establecen con sus pacientes.

Objetivo: caracterizar la representación social de los prestadores de servicios de salud sobre los individuos en situación de discapacidad motriz.

Métodos: se realizó un estudio de caso en el que participaron 33 informantes clave del policlínico "Hermandos Ruíz Aboy", del municipio Sal Miguel del Padrón, en el período de enero a junio de 2012, escogidos por muestreo intencional. Se emplearon como técnicas de indagación la asociación libre de palabras y la entrevista a profundidad.

Resultados: la representación de los prestadores de servicio sobre la discapacidad motriz estuvo influenciada por sus conocimientos generales, su estado afectivo, su formación profesional, sus vivencias personales y su entorno inmediato.

Conclusiones: el estudio reveló la existencia en los prestadores de servicios de salud de una *representación esperanzadora* que emerge de la configuración de elementos provenientes de referentes experienciales, componentes afectivos e insumos informacionales relacionados con las personas en situación de discapacidad motriz.

Palabras clave: Representaciones sociales, Prestadores de servicios, Discapacidad motriz.

ABSTRACT

Background: the knowledge by social representations about the service that health care providers give in different health services constitutes a basic aid for the comprehension of the relation that they establish with their patients.

Objective: to characterize the social representation of health care providers on individuals presenting motor disability.

Methods: a case study with the participation of 33 key informants of "Hermandos Ruíz Aboy" Polyclinic in San Miguel del Padrón Municipality was performed during the time period from January to June

2012. The informants were selected by intentional sampling. The research techniques applied were the free word association and the deep interview.

Results: the representation of health care providers about motor disability was influenced by their general knowledge, their affective state, the professional formation, their personal experiences and the immediate environment.

Conclusions: the study revealed the existence of a promising representation in the health care providers which emerges from the shaping of elements coming from experiences as referents, affective components and informational aids in relation to people presenting motor disabilities.

Key words: social representations, care providers, motor disability.

INTRODUCCIÓN

Las representaciones sociales constituyen importantes insumos para comprender la naturaleza de las relaciones que se establecen con los grupos poblacionales por parte de la sociedad en general o por segmentos de ésta.¹ Ellas contienen sistemas de valores, nociones y prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permiten estabilizar el marco de vida de individuos y grupos, además de orientar la percepción de situaciones y la elaboración de respuestas.^{2,3}

Las concepciones salubristas en torno a la discapacidad, han experimentado sustanciales modificaciones en el curso de los últimos 40 años, al concebirlas más como resultado de la restricción social que excluye a la persona de la plena participación en los espacios comunitarios en que se desenvuelve, que como una consecuencia de las condiciones particulares del individuo.⁴⁻⁶

Este modelo ha favorecido la creación de contextos que benefician la autoestima, desarrollan autoconfianza y fomentan empoderamiento, lo cual ha contribuido a impulsar la lucha colectiva de las personas discapacitadas por un cambio social.⁷

Los prestadores de servicios a la discapacidad motriz, pueden contribuir de modo significativo a la consecución de estos objetivos, lo que a su vez redundaría en una comunicación efectiva con la población que recibe sus servicios, que facilitaría las acciones de diagnóstico, prevención y rehabilitación, las cuales requieren conocimientos sobre las necesidades educativas especiales de estas personas y la adecuación de métodos y medios de enseñanza para lograr el óptimo desarrollo de sus potencialidades, lo que conduciría a un mejor nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad.^{8,9}

El objetivo fue caracterizar la representación social de los prestadores de servicio de salud sobre los individuos en situación de discapacidad motriz.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de caso, que consistió en la representación social de la discapacidad motriz que poseen los prestadores de servicios de salud del policlínico «Hermanos Ruíz Aboy», del consejo popular San Francisco de Paula, en el municipio San Miguel del Padrón, La Habana. Se obtuvo información acerca de la comunidad vinculada a dicha institución.

Se efectuó una revisión documental en el departamento de personal, donde se identificaron las modalidades de prestación de servicios de salud con los que cuenta la institución. Se seleccionaron

por intermedio del muestreo intencional los informantes clave, que estuvieron representados por 10 médicos (4 especialistas en Medicina General Integral, 2 Estomatólogos, 1 Fisiatra, 1 Ortopédico, 1 Dermatólogo y 1 Ginecóloga, 14 tecnólogos de la salud (2 técnicos y 2 licenciados de terapia física y rehabilitación, 2 técnicos en terapia ocupacional, 3 técnicos de Rayos X, 3 técnicos de laboratorio clínico y 2 trabajadores sociales de salud), 4 Enfermeras, 2 Psicólogas, 2 Defectólogas y 1 Licenciada en cultura física. Todos con más de cinco años de trabajo ininterrumpido en el centro, presentes en la institución en el período de enero a junio de 2012, y dispuestos a participar en el estudio.

Técnicas y procedimientos

Las técnicas de indagación usadas fueron, la asociación libre de palabras y la entrevista en profundidad. En la técnica de asociación libre, las palabras presentadas como estímulo fueron limitación motriz. En el caso de la entrevista en profundidad, estuvo conformada por los siguientes tópicos: concepción de discapacidad motriz, significado que le atribuyen, información que poseen sobre la misma, fuentes de obtención de información y aportes de la formación y superación profesional al conocimiento del tema objeto de análisis.

Se grabaron las entrevistas, previa autorización del informante, y se registraron las reacciones no verbales observadas durante el tiempo de aplicación. Se realizaron 20 entrevistas a igual número de informantes clave, en virtud del criterio de saturación de la información.

El procesamiento de la información se realizó mediante el Enfoque de Análisis en Progreso en Investigación cualitativa de Taylor-Bogdan.¹⁰ Se realizó una lectura reiterada de la información transcrita y de la escucha activa de las grabaciones de las entrevistas. Se registraron además las ideas surgidas a partir de la lectura de las transcripciones y se analizaron las anotaciones sobre las interpretaciones realizadas durante las técnicas.

La reducción de la información se produjo a partir de la identificación de temas emergentes explícitos e implícitos, representados por categorías iniciales, relacionadas con la representación social de la discapacidad motriz que poseen los prestadores de servicios de salud. Se distinguieron las informaciones espontáneas de las solicitadas.

Se realizó un refinamiento de las categorías iniciales obtenidas, a partir de la síntesis de las técnicas de asociación libre de palabras y la entrevista en profundidad. Se describieron de modo detallado las categorías y se elaboraron proposiciones que sintetizaron y vincularon los componentes al interior de cada una de ellas. Se asignó un código a cada nueva categoría. Posteriormente se vincularon las categorías para obtener la representación. Se utilizaron dos estrategias para conferir validez a los resultados: la extensión del tiempo en el campo y la consulta a expertos.

Se obtuvo el consentimiento de los que aceptaron participar, que contemplaba la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo considerasen, la negación a participar en alguna de las técnicas que se les aplicarían, sin ofrecer explicación, la confidencialidad de la información brindada, su empleo exclusivo con fines científicos y la posibilidad de compartir los resultados con los sujetos investigados, una vez culminado el proceso investigativo.

RESULTADOS

Los resultados asociativos obtenidos a partir de la palabra estímulo limitación motriz revelaron, como núcleo central de la representación, elementos vinculados a la incapacidad, impedimento, minusvalía, discapacidad, déficit, imposibilidad y a su vez, rehabilitación, estimulación y ayudas técnicas, complementando la concepción de discapacidad.

Como elementos periféricos se perfilaron:

Comportamientos y emociones negativas: soledad, aburrimiento, cansancio, complejo, tristeza, poca libertad, dependencia. Surgieron también necesidades de atención y acciones movilizadoras: amor, ayuda, ejercicios, lucha, metas, sobreponerse y esfuerzo, ternura, comprensión, integración, admiración, pasión, constancia, perseverancia, deseo de vivir, voluntad, búsqueda de solución, independencia; síntomas clínicos como incoordinación, lentitud, cojera, acortamiento, flacidez, estrechamiento, falta de movimiento, dolor y algunos elementos colaterales como fragilidad, cansancio y asociaciones relacionadas con las barreras arquitectónicas y ayudas técnicas: sillón de ruedas, bastón, andador, muletas.

El refinamiento de las categorías iniciales reveló la presencia de tres grandes categorías de asociaciones vinculadas a la situación de discapacidad motriz: *Referentes experienciales sobre discapacidad motriz* (REDIM). En ella se concentra lo relacionado con la concepción de dicha discapacidad ("...es la afectación de la locomoción, la movilidad...", "...el daño en la esfera motora, perder esa capacidad...", "... dificultad en la movilidad...", "...es el daño de la esfera motriz..."). Los síntomas clínicos que se identifican ("... tienen incoordinación, se enlentecen, cojean, están flácidos, y faltos de movimiento..."). Las ayudas técnicas empleadas, componentes del proceso de estimulación y rehabilitación, necesidades de atención, así como el reconocimiento de la existencia de barreras arquitectónicas ("... el desarrollo de estas personas depende mucho de la sociedad...", "... lo más importante es la personalidad..." hay personas que tienen recursos personales positivos, protectores...y pueden lograr muchas cosas...", "... son múltiples los factores para que logren desarrollarse, primero el individuo, luego la familia... lo mismo pasa en la parte comunitaria, social", "...influyen factores ambientales, sociales, del ámbito familiar...". Se incluye en la categoría, el establecimiento de relaciones profesionales de carácter más sistemático con personas en situación de discapacidad motriz, que constituyen experiencias positivas, percibiendo optimismo, confianza en la recuperación. No obstante se mantienen frases que sostienen vigente la diferencia de la "norma poblacional", ("... la discapacidad motriz para nosotros es normal, es lo cotidiano, no es así con las otras discapacidades". "...hablan con optimismo, alegría, que posiblemente otras personas sin limitaciones no se sientan tan realizados como los limitados.").

Componentes afectivos de la discapacidad motriz (CADIM). Agrupa emociones positivas y negativas a las que se vincula la presencia de la situación de esta discapacidad. Actitudes de apoyo, empatía hacia las personas en situación de discapacidad físico-motriz, con manifestaciones de seguridad acerca de las posibilidades de recuperación de las funciones dañadas, según las condiciones personales y familiares ("... la parte motora no está ajena de ser una limitante, pero hay métodos y formas de lograr su independencia", "...la discapacidad motriz la veo con menos agravante, porque un discapacitado motor hace todas las actividades de una persona normal", "... pueden estudiar, relacionarse, participar en actividades culturales, lo único que no puede hacer es desplazarse por sí mismo...").

Insumos informacionales para la discapacidad motriz (IDIM). Contiene información sobre las vías y el carácter de la información recibida acerca de la discapacidad y su rehabilitación, a partir de medios académicos formales ("...ese fue el centro de nuestra carrera, la rehabilitación de los pacientes con deficiencias físico-motoras...", "...acerca de la rehabilitación física, están bien descritas las técnicas en los libros...", "... dentro de la terapia física se le incorporan agentes físicos, ejercicios físicos, aparatos y la terapia ocupacional intenta incorporarlos a la sociedad con un mínimo de discapacidad y un máximo de independencia...", "... antes, en la propia carrera de medicina, no se daba ningún tema específico, en la especialidad de rehabilitación sí", "...en los programas se tratan aspectos de la rehabilitación física, pero muy general, no se especifica..."). Se reconoce el tratamiento del tema en los medios de difusión, pero de forma fragmentada e insuficiente ("... se han tratado de romper las barreras arquitectónicas para hacerle más fácil su movimiento en la calle, hasta se refleja en las propagandas televisivas, pero me parece que son insuficientes", "hay muchos spots televisivos que salen, que están tratando de educar, pero estamos lejos, estamos lejos de eso...", "... ahora se está haciendo mucha campaña respecto a esos temas y ha sido muy favorable para ellos, aunque no basta...").

DISCUSIÓN

Los referentes experienciales sobre discapacidad motriz están basados en una concepción biológica, que muestra una percepción diferenciada del grupo, atenuada por el dominio sobre aspectos de la rehabilitación física y de factores personales, familiares y sociales que intervienen en el proceso de integración social.

Por su parte, los componentes afectivos asociados a la situación de discapacidad motriz expresan emociones positivas relacionadas con actitudes empáticas, de ayuda, colaboración y confianza en la recuperación de las funciones perdidas, que disminuyen la percepción de otredad, en virtud de una posible equiparación con la norma poblacional.

Los insumos informacionales vinculados a la situación de discapacidad motriz muestran a la formación profesional como fuente de los conocimientos biológicos, aspectos de la rehabilitación física y ocupacional, que en algunos casos se amplió por la vía de postgrado, enriquecida por la información proveniente de los medios de difusión masiva.

En la representación de la discapacidad motriz se expresa una tendencia a valorar la rehabilitación, la integración y la estimulación como aspectos esenciales para el desarrollo integral de las personas en esta situación de discapacidad. La incorporación de las salas de rehabilitación integral a los escenarios de la atención primaria de salud, es un elemento importante en la conformación de estas representaciones entre los profesionales de la salud, pues cotidianamente han estrechado sus vínculos profesionales con personas en situación de discapacidad motriz. Se muestra consistencia con resultados de otras investigaciones donde el grupo de pertenencia, gracias a la socialización de sus miembros, suministra el espacio común para la posible comunicación en forma de categorías, imágenes, lenguajes compartidos. Tal como refiere Domínguez, se introduce el grupo social como sujeto de la representación social, el paso del universo subjetivo al intersubjetivo.¹¹

Se mantiene la hegemonía del modelo biomédico, pero aparecen con vigor aspectos vinculados con la independencia, perseverancia, elementos que facilitan la integración social de la persona en situación de discapacidad motriz. En el caso de los tecnólogos de la salud de forma más homogénea, se asocia esta situación de discapacidad con la rehabilitación, la constancia, elementos que no aparecen en las asociaciones que se establecen para las situaciones de discapacidad sensorial.

Se consideró la influencia del factor vivencia personal en la conformación de estos elementos periféricos de la representación social, pues en las salas de rehabilitación de la atención primaria de salud es la limitación motriz el centro de atención, por lo que la interacción diaria con personas en esta situación de discapacidad, contribuye a que estos profesionales de la salud conformen una representación menos plagada de mitos y falsas creencias, basadas en el imaginario popular. Tal como refiere Freire, toda práctica social es un resultado histórico que refiere un proceso y al mismo tiempo es una resultante que trasciende en práctica creadora de nuevos y múltiples sentidos.¹²

La asociación dinámica de las tres categorías emergentes dio como resultado una configuración que expresa una "*representación esperanzadora*", por parte de los prestadores de servicios de salud sobre la situación de discapacidad motriz, que parte de un núcleo figurativo dirigido hacia el daño orgánico como causa de limitación de funciones corporales e incorporación a actividades sociales, que se superan gracias a las potencialidades recuperativas de una rehabilitación que integra conocimientos biopsicosociales con mayor coherencia. Protegiendo este núcleo figurativo, surgen en el campo representacional componentes afectivos de carga positiva con énfasis en el apoyo (material, afectivo e instrumental), la comprensión, la constancia y la confianza en el proceso de rehabilitación e integración psicosocial, basadas en vivencias personales positivas, que atenúan la percepción de otredad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Voelklein C. and Howarth C.A. Review of controversies about social representations theory: A British debate. *Culture & Psychology*. 2005; 11(3): 431454.
2. Moscovici S. Why a Theory of Social Representations? In K. Deaux and G. Philogène (Eds.), *Representations of the Social*, Oxford: Blackwell. 2001. 835.
3. Moscovici S. and Marková I. Presenting social representations: A conversation. *Culture and Psychology*. 1998; 4 (3): 371410.
4. Howarth C., Foster J., and Dorrer N. Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research and vice versa? *Journal of Health Psychology*. 2004; 9 (2): 229243.
5. Montgomery Kristen, Schubart Kara. Health Promotion in Culturally Diverse and Vulnerable Populations. *Home Health Care Management Practice*. 2010; 22 (3): 131-142.
6. Schalock R. L. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Universidad de Salamanca, España. Marzo de 1999. Acceso 4/1/11 Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6> .
7. Carvalho S. Promoción de la salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*. 2008; 4 (3): 335-347.
8. Flick U., Fischer C., Walter U., and Schwartz F. W. Social representations of health held by health professionals: The case of general practitioners and home care nurses. *Social Science Information*. 2002; 41(4): 581602.
9. Flick U., Fischer C., Neuber A., Walter U., and Schwartz F. W. Health in the context of being old: Representations held by health professionals. *Journal of Health Psychology*. 2003; 8 (5): 539556.
10. Díaz Llanes G. El análisis cualitativo de los datos. Tomado del [CD-ROM]. Maestría en Psicología de la salud. Ciudad de la Habana: ENSAP-CDS Ediciones Digitales; 2006.
11. Domínguez R.F. Teoría de las representaciones sociales. Apuntes. Nómadas [serie en Internet]. Ene. jun. 2001 [acceso 1 feb 2011]: Disponible en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/>
12. Freire P. Pedagogía de la autonomía. Editorial Caminos. La Habana. Cuba. 2010; 13-118.

Recibido: 4 de septiembre de 2012.

Aprobado: 14 de octubre de 2012

Guillermo Díaz Llanes

Lic. en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. Ave. 63 # 5204 e/52 y 54. Guanajay. Provincia Artemisa. Teléfono 0-47 6-7250.
gdlanes@infomed.sld.cu