

Representaciones sociales de la discapacidad en personas con enfermedades crónicas y estudiantes de terapia física

Social representations of disability in people with chronic diseases and physical therapy students

Victor Alberto Huerta-Francisco¹,  Teresa Margarita Torres-López²,  Adrián Castañeda-Reyes³ 

DOI: 10.19136/hs.a21n2.4063

Artículo Original

• Fecha de recibido: 14 de octubre de 2020 • Fecha de aceptado: 1 de octubre de 2021 • Publicado en línea: 8 de abril de 2022

Autor de Correspondencia

Víctor Alberto Huerta-Francisco. Dirección postal: Calle Sierra Mojada 950, Puerta 1, Edificio “N”,
Planta alta, Colonia Independencia, C.P. 44240. Guadalajara, Jalisco, México.
Correo electrónico: victor.huerta.fco@gmail.com

Resumen

Objetivo: Analizar las representaciones sociales del concepto “discapacidad” por personas con enfermedades crónicas, que acuden a una clínica de rehabilitación y estudiantes de la carrera en terapia física, con la finalidad de conocer la valoración sociocognitiva de sentido común, desde dos perspectivas complementarias.

Materiales y métodos: Trabajo con enfoque mixto, fundamentado desde el paradigma cualitativo. Se usó la teoría de las representaciones sociales desde la orientación estructural de Abric. Los participantes se seleccionaron por muestreo propositivo, contando con la colaboración de 134 personas de México. Las técnicas para recolectar la información fueron listados libres y comparación de pares. Se realizaron análisis procesual y estructural.

Resultados: La mayoría de los participantes con enfermedades crónicas basan su representación social en vivencias. El campo de la representación se fija en el cuerpo deteriorado y su interrupción en las actividades de la vida cotidiana. Los estudiantes en terapia física basan su representación en conocimientos del modelo médico para la intervención, además de mostrar un pensamiento crítico en torno a la discapacidad.

Conclusiones: Los hallazgos pueden orientar a intervenciones basadas en modelos educativos, que hagan al paciente un agente activo del proceso de recuperación de su salud, para incluirse en el entorno social.

Palabras clave: Discapacidad; Representaciones sociales; Enfermedad crónica; Estudiantes

Abstract

Objective: To analyze the social representations of the concept of “disability” by people with chronic diseases who attend a rehabilitation clinic and students of the career in physical therapy, in order to know the commonsense socio-cognitive assessment from two complementary perspectives.

Materials and methods: A mixed method approach, based on the qualitative paradigm were use. The theory of social representations were used from the structural orientation of Abric. Participants were selected by purposeful sampling, with the collaboration of 134 people from México. Techniques to collect the information were free list and pairs comparison. Processual and structural analyzes were use.

Results: Most participants with chronic diseases base their social representation on experiences. The field of representation fixed on the deteriorated body and its interruption in daily life activities. Students in physical therapy base their representation on knowledge of the medical model for intervention, in addition to showing critical thinking regarding disability.

Conclusions: The findings can guide interventions based on educational models that make the patient an active agent in the process of recovering their health, to be included in the social environment.

Keywords: Disability; Social representations; Chronic disease; Students

¹ Licenciado en Psicología, Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

² Doctora en Antropología Social y Cultural, Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

³ Licenciado en Médico Cirujano y Partero. Departamento de Clínicas Médicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

Las personas con discapacidad son una población en riesgo que muestra peores resultados de salud, menor inserción en el mercado laboral y un mayor índice de pobreza. Al mismo tiempo, la condición los hace susceptibles de ser objeto de actitudes negativas, en los entornos de socialización limitando su participación. Se conoce del problema en salud pública que representa la discapacidad por su prevalencia estimada en la población mundial del 15%, presentándose en más de mil millones de personas¹. Por ello, se han propuesto indicadores para la estimación de su impacto como los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que calculan los años perdidos debido a muerte prematura y discapacidad a causa de una enfermedad o lesión².

En la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud se precisa el funcionamiento en consideración del entorno como facilitador u obstaculizador en el desarrollo de actividades y la participación en la vida diaria. Concibe la discapacidad como aquel conjunto de deficiencias y limitaciones para realizar actividades³.

Teniendo en cuenta esta conceptualización, una de las estrategias implementadas en el campo de la salud como el tratamiento ante los riesgos por la presencia de enfermedades crónicas, es la terapia física con ejercicio o rehabilitación. Existen evidencias de que coadyuva al tratamiento de la enfermedad crónica como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes⁴. Consigue tener beneficios positivos a la salud a través de la mejora funcional de los pacientes⁵.

En México, al menos 7.1 millones de personas tienen alguna dificultad en la realización de actividades como caminar, escuchar, ver (entre otras), a causa de una enfermedad⁶. Además de mostrar ser una población especialmente vulnerada y objeto de discriminación en el acceso a los servicios de salud⁷.

El estudio de las representaciones sociales ha sido una orientación innovadora en el campo de la psicología social, por enfocarse en los conocimientos prácticos de la vida cotidiana, lo que permite a las personas organizar y comunicar su realidad⁸. Para Moscovici la representación social son las prácticas e ideas compartidas entre individuos que dan sentido en una sociedad⁹.

Autores señalan la existencia de orientaciones en la teoría de las representaciones sociales. Por un lado, la vertiente procesual, socioconstruccionista, interesada en la comprensión del sentido de los productos simbólicos del ser humano compartidos a través del lenguaje. En el otro, la orientación

estructural o sociocognitiva, principalmente asociada a la teoría de Abric se basa en la existencia de un núcleo central, así como periférico de la representación que da sentido a las estructuras cognitivas. El uso simultáneo de las orientaciones en la teoría de las representaciones sociales ha sido alentado en la comprensión de la construcción de procesos sociales¹⁰.

La orientación estructural de las representaciones sociales se caracteriza por señalar la existencia de un núcleo central, determinado por la historia del contexto social y es susceptible a la estabilidad. El núcleo periférico es flexible y se constituye en el devenir de lo cotidiano. Abric considera que las representaciones sociales son construcciones sociales y cognitivas, organizadas para entender y orientar las creencias y actitudes ante los objetos de la realidad¹¹.

En el caso del estudio de la representación social de discapacidad, la literatura es limitada y se orienta en conocer algunos temas específicos como es la integración educativa, propio del ámbito de la educación especial, desde la percepción de algunos actores sociales para considerar que son atribuidos conceptos a la discapacidad como “impedidos” o “enfermos”¹².

Asimismo, la población de universitarios y usuarios de los servicios de salud ha sido de interés, encontrando diferencias sustanciales. Las personas con discapacidad expresan valoraciones relacionadas con vivencias y prácticas adaptativas¹³. En tanto los universitarios muestran actitudes de aceptación hacia la persona con discapacidad¹⁴, basan su representación en el discurso biomédico, con nociones instrumentalistas del otro, a la vez de un pensamiento crítico acerca de la discapacidad^{15,16}.

En lo que respecta al personal de salud, se mantiene la necesidad de comprender la representación social, puesto que en función de ella se comprenderá a la persona con discapacidad y se plantearán intervenciones adecuadas en las distintas instancias¹⁶.

El único trabajo encontrado con población mexicana, estudió la representación social de estudiantes de diversas carreras universitarias, considerando que la representación opera en función del contexto entre aceptación (zona urbana) y rechazo (zona rural) de la persona con discapacidad¹⁷.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es analizar las representaciones sociales del concepto discapacidad, por personas con enfermedades crónicas que acuden a una clínica de rehabilitación y estudiantes de la carrera en terapia física. Ello para conocer la valoración sociocognitiva de sentido común desde dos perspectivas complementarias, con lo que se puedan ofrecer elementos que fortalezcan la práctica del personal de salud en formación y mejorar la atención sanitaria.

Materiales y Métodos

Estudio de método mixto¹⁸, fundamentado desde el paradigma cualitativo. Se usó la teoría de las representaciones sociales, desde el modelo estructural¹¹. El trabajo de campo se realizó en las instalaciones de un centro universitario y una clínica de rehabilitación en México.

Participantes

Se seleccionaron por muestreo propositivo¹⁹ con las siguientes características: El grupo de personas con enfermedades crónicas asistían a una de clínica de rehabilitación, tienen diagnóstico de enfermedad crónica, y son mayores de 18 años. El grupo de estudiantes cursan la carrera en terapia física, son mayores de 18 años y aceptaron participar. En total colaboraron 134 participantes.

La determinación del tamaño de muestra se basó en la competencia cultural esperada (0.5) y un nivel de confianza aceptable (0.95). Con un tamaño mínimo sugerido de 17 informantes²⁰.

En el grupo de personas con enfermedad crónica participaron 50 personas (34 mujeres y 16 hombres), en un rango de edad de 30 a 84 años. El grado escolar máximo alcanzado más frecuente de los participantes fue educación básica (66%). El 34% refirió dedicarse al trabajo doméstico. Un 38.4% dijo realizar algún tipo de trabajo remunerado. Llama la atención que 12% busca formas de autoempleo. La enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión (46%), seguida de diabetes (38%). Un 44% de los participantes dice usar algún instrumento para desplazarse, entre los cuales señalan bastón (30%) y silla de ruedas (12%).

En el grupo de universitarios participaron 84 estudiantes (68 mujeres y 16 hombres), en un rango de edad de 19 a 30 años. 8.3% de los participantes indicó tener alguna enfermedad crónica como asma o fibromialgia.

Instrumentos

1) Listados libres: Es una técnica asociativa, con formato de entrevista estructurada breve (10 minutos), en la que se da la consigna, “dime cuáles palabras vienen a tu mente cuando digo la palabra ‘discapacidad’”. Se escribieron en un registro y se les pidió que explicaran sus repuestas. Coadyuvó aclarar que no existían respuestas correctas o incorrectas. Esta técnica es un recurso que alienta respuesta espontáneas para conocer la creencia natural del participante y evitar sesgos²¹.

2) Cuestionario de comparación de pares: Es una técnica asociativa breve (10 minutos) en la que se muestra al participante un listado con diez de las palabras mencionadas en el instrumento anterior. Se le pide al participantes hacer pares atendiendo a la

instrucción, “escribe las dos palabras más características de ‘discapacidad’, y táchalas”. En el siguiente inciso la instrucción cambia un poco al pedirles que señalen las “dos palabras menos características de ‘discapacidad’”. Por último, en los siguientes dos incisos deben repetir ambas instrucciones anteriores con las palabras restantes. Esto hace que la elección de los pares responda a criterios de distinto orden¹¹.

Aspectos éticos

A todos los participantes se les hizo saber el propósito de la investigación de conocer las creencias que tenían en torno a la discapacidad, garantizándoles confidencialidad y anonimato en sus respuestas, así como obteniendo su consentimiento verbal²².

La presente investigación se alinea al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17 de riesgo mínimo para la salud de los participantes²³. No se solicitaron nombres ni forma de contacto con los participantes.

Análisis

Primero se llevó a cabo un análisis prototípico²⁴ a cada grupo, para conocer la *saliency* del índice de Smith²⁵. Se basa tanto en la frecuencia como en el rango de las palabras contestadas para determinar cómo está estructurado el núcleo central y sus elementos periféricos en la representación social. Se calculó con el programa IRAMUTEQ²⁶. Se hizo un análisis procesual en el que se leyeron todas las respuestas por grupo hasta familiarizarse con ellas y permitir que emergieran categorías para ser agrupadas²⁷.

Con las respuestas del instrumento de comparación de pares, se determinó el índice de distancia enfocado en la similitud o exclusión de los elementos¹¹. Se usó la teoría de grafos para conocer la representación gráfica de la representación social por grupos²⁸.

Atendiendo a los criterios de calidad de la investigación se triangularon los resultados entre los autores, en el acuerdo del 90% de las categorías generadas en el análisis²⁹.

Resultados

Con el análisis prototípico se conoce la conformación de la representación social por los listados libres. Se retuvieron las palabras mencionadas por lo menos por dos participantes y se evocaron 71 términos. En la tabla 1 se presenta el prototipo (frecuencia x rango) de la representación de discapacidad, encontrado en el grupo de personas con enfermedades crónicas.

Los términos ubicados en la casilla superior izquierda con mayor frecuencia (>3.17), en rangos bajos (<2.83), pueden constituir el núcleo central de la representación.

Por tanto, para las personas con enfermedades crónicas el concepto de discapacidad se orienta a cambios en el cuerpo (incompleto, movilidad), un tipo de tratamiento (rehabilitación), un instrumento para desplazarse (silla de ruedas), una experiencia sensitiva (dolor) y una actividad (caminar).

Por otro lado, los elementos en la casilla superior derecha conforman el núcleo periférico de la representación, con alta frecuencia (>3.17) y rango alto (>2.83). Este grupo concibe el concepto en la función del núcleo en su experiencia inmediata con un tipo de discapacidad (ceguera), estados de ánimo (depresión, tristeza) y elementos de necesidad de apoyo (dependencia).

En el análisis procesual se centró la atención en los significados emergentes en el discurso¹⁰. Se hizo análisis de contenido a las respuestas dadas en los listados libres²⁷. De ellas emergieron ocho categorías (Tabla 2).

La categoría más mencionada fue “cambios en el funcionamiento del cuerpo” (26.72%). Esta categoría integra respuesta referidas al cuerpo de los participantes, así como la dificultad de realizar actividades de la vida cotidiana. (“Quieres hacer algo físicamente y no puedes”). Señalan peligros en las actividades de la vida cotidiana a los que deben prestar atención para evitar daños a su salud (“es muy torpe mi pierna. Puedo caer en cualquier momento”). Con ello consideran que la discapacidad los arroja a un mundo de constantes cambios (“nada funciona como antes... se deben adecuar muchas cosas”), como la necesidad de incorporar instrumentos para desplazarse (“yo tuve que utilizar muletas”).

Fueron mencionados una gran diversidad de conceptos como compasión, incertidumbre, invalidez, lastima, rechazo, etc., con lo que se encontraron elementos de “identidad” (20.69%). Los participantes consideran que la discapacidad genera relaciones diferenciadas (“hay gente que los compadece en vez de ayudarlos”), y su cualidad de persona se ve comprometido (“la gente te ve con lastima cuando llegas en silla de ruedas”).

En el análisis prototípico del grupo de estudiantes de terapia física se consideraron las palabras que fueron retenidas por al menos dos participantes. Se evocaron 105 términos. En la tabla 3 se muestra el prototipo de la representación social de discapacidad encontrado en el grupo.

Los elementos que constituyen el núcleo central de la representación con frecuencia alta (>5.09) y un rango bajo (<2.9) se refieren a complicaciones en la realización de actividades (dificultad, deficiencia), cambios en el cuerpo (enfermedad, diferente, incompleto), necesidad de apoyo (ayuda, dependencia), y rechazo ante la sociedad (discriminación).

Los elementos que constituyen el núcleo periférico están determinados por el núcleo central y ayudan a explicar o justificar la representación al darle sentido según la experiencia. Tienen frecuencia baja (<5.09) y un rango alto (>2.9). Con lo que también refieren los cambios en el cuerpo para la realización de actividades (limitación, movilidad), prácticas sociales (inclusión, integración), tratamiento (rehabilitación), e instrumentos para desplazarse (silla de ruedas).

En concordancia con el apartado de los participantes con enfermedades crónicas, se realizó análisis de contenido a las respuestas de listados libres de este grupo, en donde emergen diez categorías²⁷ (Tabla 4).

Para los estudiantes, la principal categoría mencionada fue “funcionamiento del cuerpo” (19.72%), en la que describen cambios como dificultades, deficiencias y limitaciones en el cuerpo para poder realizar las actividades de la vida cotidiana. (“Algunas actividades no podrán realizarse de una forma convencional o con facilidad”). Así como la pérdida o deficiencia de algún sentido, (“[es] muy común que existan este tipo de discapacidades como visual, auditiva, de lenguaje y motora”).

Las explicaciones basadas en el modelo médico (14.88%) fueron frecuentes en la causalidad de la discapacidad (“algunas veces una discapacidad es generada por enfermedad genética o crónica degenerativa”). El concepto se asoció con una condición (“una condición, con la cual puedes nacer o desarrollarse a lo largo de la vida”).

Se presenta la figura 1 para mostrar la representación gráfica de los conceptos retenidos por los grupos de personas enfermas crónicas con el grupo de estudiantes de terapia física. Los primeros tuvieron mayor índice de distancia en los conceptos “inclusión” y “dolor”, con lo que estructuran dos grupos de temas. El grupo de estudiantes, tuvo mayor índice de distancia en los conceptos “depresión” y “silla de ruedas”, por lo que integran dos grupos de temas.

Tabla 1. Análisis prototípico del concepto discapacidad por enfermos crónicos

Frecuencia	Rango					
	>3.17	<=3.03	Núcleo central		>3.03	
					Núcleo Periférico	
			Movilidad	5 2.4	Ceguera	5 3
			Silla de ruedas	4 2.5	Dependencia	4 4.4
			Incompleto	4 2.25	Enfermedad	3 4.7
			Dolor	4 2.25	Tristeza	3 3.7
			Caminar	4 2.25	Depresión	3 3.7
			Rehabilitación	3 2.33		
	<3.17		Palabras célula		Segunda periferia	
			Cambio de vida	2 2	Paralítico	3 3
			Fuerza	2 2.5	Apoyo	2 3.5
			Invalidez	2 1.5	Vejez	2 5
			Dificultad	2 1	Cama	2 5
					Cuidados	2 3
					Muletas	2 3
					Mentales	2 3
			Rango promedio de 4.72		61.02% de evocaciones totales	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Categorías emergentes de discapacidad en los listados libres de enfermos crónicos

Categorías	Definición	Frecuencia	(%)
Cambios en el funcionamiento del cuerpo	Deterioro del cuerpo que dificulta realizar actividades de la vida cotidiana e integración de prótesis	31	26.72
Identidad	Elementos constitutivos de una identidad con actitudes, pérdidas, creencias y cambios	24	20.69
Dimensión afectiva	Tipo de emociones y sentimiento experimentados	12	10.34
Explicación con bases médicas	Explicación médica de la discapacidad	12	10.34
Obstáculos y limitaciones	Actividades complicadas de realizar debido a obstáculos	11	9.49
Estrategias del cuidado	Prácticas para recuperar o mantener la salud	9	7.76
Formas de apoyo	Formas de apoyo recibido y brindado	9	7.76
Estereotipos	Creencias y tipificaciones de las personas con discapacidad	8	6.90
Total		116	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Análisis prototípico del concepto discapacidad en estudiantes de terapia física

Frecuencia	Rango					
	<=2.9	>2.9				
>5.09		Núcleo central		Núcleo Periférico		
	Dificultad	18	2.2	Limitación	18	3.3
	Enfermedad	11	2.5	Inclusión	15	3.5
	Discriminación	11	2.1	Rehabilitación	12	3.8
	Deficiencia	9	1.9	Integración	6	4
	Incompleto	7	2.1	Movilidad	6	4.3
	Diferente	7	1.9	Silla de ruedas	6	4.3
<5.09		Palabras célula		Segunda periferia		
	Adaptación	4	1	Exclusión	5	3
	Actividad	4	1	Trauma	5	5
	Capacidad diferente	4	1.2	Igualdad	3	3
	Barreras	4	1.2	Necesidades	3	4.3
	Dolor	4	2.8	Fortaleza	3	3.3
	Condición	3	2.3	Tratamiento	3	4.7
		Rango promedio de 3.17		60.17% de evocaciones totales		

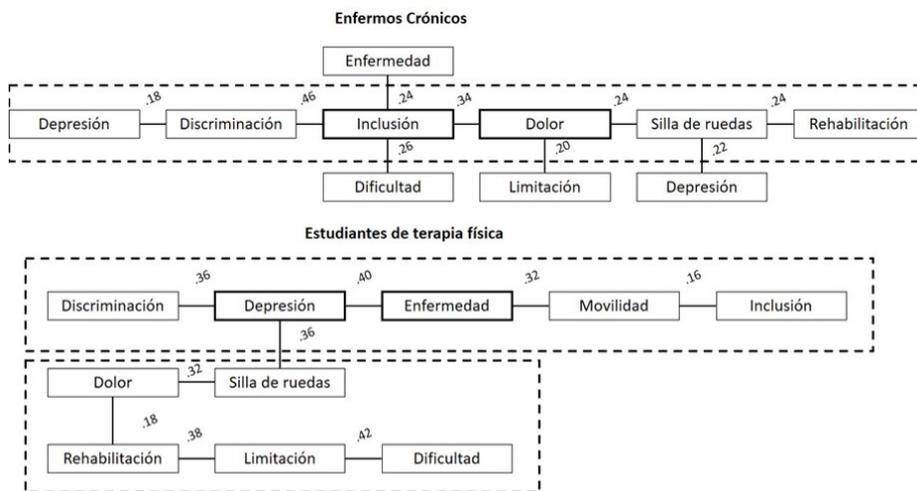
Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Categorías emergentes de discapacidad en los listados libres de estudiantes de terapia física

Categorías	Definición	Frecuencia	(%)
Funcionamiento del cuerpo	Descripción de cambios en el cuerpo que provoca dificultades en la realización de actividades	57	19.72
Explicaciones basadas en el modelo médico	Visión basada en el modelo médico en las causas y síntomas de la discapacidad	43	14.88
Crítica social	Señalamientos de injusticia social que impiden el ejercicio de los derechos	40	13.84
Elementos de Identidad	Descripción de atributos, actitudes y estrategias que se desarrollan por la discapacidad	36	12.46
Actitudes	Postura en la interacción directa o indirecta ante la discapacidad	24	8.30
Obstáculos y barreras	De carácter socio-ambientales necesarios de sortear para realizar las actividades	21	7.27
Estereotipos	Prejuicios, rechazo y pensamiento normativo	21	7.27
Estrategias del cuidado	Acciones para recuperar o mantener la salud	20	6.92
Apoyo	Formas de apoyo brindado por la familia, profesionales y comunidad	19	6.57
Dimensión afectiva	Emociones y estados de ánimo	8	2.77
Total		289	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Árbol máximo sobre la estructura y la organización de las representaciones sociales de discapacidad



Fuente: Elaboración propia

Discusión

Las representaciones sociales de discapacidad para las personas con enfermedades crónicas se establecieron en los cambios en el cuerpo debido a una enfermedad, lo que se evidencia en obstáculos para realizar actividades de la vida cotidiana. De manera que impacta en las emociones experimentadas, orientadas a emociones negativas y a la necesidad constante de apoyo físico, social y familiar. Asimismo, conduce a la incorporación de estrategias del cuidado como la rehabilitación para recuperar la salud a un estado previo.

De modo similar, las representaciones sociales de discapacidad para los estudiantes de terapia física se basaron en el funcionamiento del cuerpo, principalmente deteriorado a causa de una enfermedad. Señalan que estos requieren de intervención con estrategias como rehabilitación para hacer frente a obstáculos físicos, sumado a las actitudes negativas del entorno que tendrán que enfrentar. Destaca el pensamiento crítico en el que enfatizan la injusticia social, que dificulta el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

En el análisis prototípico se observó en las personas con enfermedades crónicas la orientación en el núcleo central hacia prácticas de cambio situadas en el cuerpo, instrumentos para apoyar la movilidad y elementos socio-afectivos. Esto puede deberse a, como señalan trabajos fenomenológicos, es disruptivo para las personas con enfermedades crónicas los cambios experimentados en el cuerpo, fundamental en la integración del yo en el encuentro del ser-con-el-mundo objetivado^{30,31}. En cambio, los estudiantes en terapia física conciben la discapacidad en elementos de una identidad,

basada en información del modelo médico, a la vez que muestran un pensamiento crítico de las injusticias sociales a las que esta población está expuesta. En esta tónica, autores señalan el desarrollo de pensamiento crítico en estudiantes de ciencias de la salud¹⁵. Sin embargo, los estudiantes no muestran elementos subjetivos de la experiencia de vivir con discapacidad. Otros autores han discutido que el personal de salud suele tener un interés únicamente clínico por la experiencia del paciente³².

Hay que mencionar que se encontró que los estudiantes organizan la información en torno al concepto de discapacidad en modalidades (sensorial, motora y mental), con lo que reconocen funciones corporales y su deterioro conduce a una movilidad restringida^{15,16}. Asimismo, la mayoría de las personas con enfermedades crónicas conciben sus cuerpos con “deficiencias”, e identifican sus cuerpos deteriorados.

Se ha discutido que la concepción en torno a la discapacidad se ha configurado de ser de orden divino, como una forma de castigo, a un modelo médico por el que se instituye que la discapacidad tiene una explicación basada en una enfermedad³³. Por lo que esta visión, y en relación con el modelo social de la discapacidad es provocada por barreras sociales y físicas en el entorno, legitiman la necesidad de recobrar funciones corporales por tratamientos como la rehabilitación.

A decir de ello, se ha considerado que la rehabilitación vista desde la perspectiva de los derechos humanos, debe sentar sus bases en una ética que busque promover una “vida buena y significativa” en los ámbitos de la práctica clínica y en investigación, con dignidad y desde la agencia de las personas³⁴.



Funciones de la representación social

La representación social de los estudiantes está basada en el discurso biomédico^{13,15,16}, minimizando la dimensión afectiva de las personas, para estructurarse así la función del saber¹¹. Sin embargo, muestran una crítica social en torno a los señalamientos hacia las personas con discapacidad a ser estereotipadas y discriminadas por la condición, así como a ser excluidos de prácticas sociales, a ser objeto de actitudes negativas, limitar sus actividades y la negación de sus derechos fundamentales, estructurándose así la función de justificación con la cual se encuentran actitudes.

Asimismo, surgen elementos que sugieren una función de identidad en ambos grupos. Las personas con enfermedades crónicas basan su conceptualización de discapacidad en las vivencias como compasión, incertidumbre, lastima y rechazo. En la literatura se señala que es en las rutinas donde se expresa la discapacidad para las personas¹³. Los estudiantes enmarcan la identidad con elementos positivos como la fortaleza, lucha, resistencia, superación, valentía y esfuerzo, además de la necesidad del doble esfuerzo para realizar las actividades de la vida cotidiana¹⁴. Llama la atención la mención del concepto “incompleto” evocado por ambos grupos.

Conclusiones

Este trabajo de métodos mixtos encuentra que la mayoría de los participantes con enfermedades crónicas basan su representación social del concepto discapacidad en vivencias. El campo de la representación se fija en el cuerpo deteriorado y su irrupción en las actividades de la vida cotidiana. Conciben la imposición de limitaciones debido a barreras estructurales, así como prácticas sociales de exclusión y estereotipos. Para este grupo apremia la necesidad de apoyo social y familiar a pesar de la pérdida de autonomía.

Los universitarios que se forman en áreas de la salud como terapia física, basan su representación social en el discurso médico para la intervención, a la vez que muestran un pensamiento crítico en torno a la discapacidad y señalan estereotipos que excluyen a las personas con discapacidad de la participación social.

Los hallazgos pueden orientar a intervenciones basadas en modelos educativos, que hagan al paciente un agente activo del proceso de recuperación de su salud, para incluirse en el entorno social³⁵. Así mismo, a la práctica profesional promoviendo el trabajo profesional con personas con discapacidad y enfermedad crónica para elaborar intervenciones individualizadas y basadas en la subjetividad del paciente³⁶.

Se alienta a profundizar en los significados entorno al cuerpo de personas con enfermedad crónica y discapacidad, puesto que se encontró una gran amalgama de significados. Las fortalezas de este estudio se encuentran en las técnicas metodológicas, que permitieron conocer las creencias de sentido común de los participantes con menores sesgos a los de una orientación convencional, y el corto periodo de tiempo que pueden representar para los participantes. Por otro lado, algunas de las limitaciones de este estudio pueden surgir en la selección de los participantes.

Conflicto de intereses

Se considera que los autores del presente artículo no tienen conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño, H.M.CH., C.R.R., S.C.M.M.; Metodología, C.R.R., S.C.M.M. L.M.A.P.; Adquisición de datos y Software, C.R.R., S.C.M.M.; Análisis e interpretación de datos, H.M.CH., C.R.R., S.C.M.M., L.M.A.P.; Investigador Principal, H.M.CH., Investigación, C.R.R., S.C.M.M., Redacción del manuscrito— Preparación del borrador original, C.R.R., S.C.M.M., L.M.A.P.; Redacción revisión y edición del manuscrito, H.M.CH., C.R.R., S.C.M.M., L.M.A.P.; Visualización, C.R.R., S.C.M.M.; Supervisión, H.M.CH., C.R.R., S.C.M.M.; Adquisición de fondos, H.M.CH., C.R.R.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. OMS. Malta: OMS; 2011. Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
2. Evans-Meza R. Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. Rev Hispanoam Ciencias la Salud [Internet]. 2015;1(2):107–16. Disponible en: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/58>.
3. Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra; 2001. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1.

4. Bullard T, Ji M, An R, Trinh L, Mackenzie M, Mullen SP. A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(1):636. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-6877-z>.
5. Kujala UM. Evidence on the effects of exercise therapy in the treatment of chronic disease. *Br J Sports Med*. 2009;43(8):550–5. DOI 10.1136/bjism.2009.059808.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. La discapacidad en México. Datos al 2014 [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2016. Disponible en: <http://coespo.groo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID2014.pdf>.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional Sobre Discriminación [ENADIS] [Internet]. Aguascalientes; 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017_diseno_conceptual.pdf.
8. Builes NS, Vasco CE. Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática* [Internet]. 2008;1(8):3–22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14280304.pdf>.
9. O'Connor C. Embodiment and the construction of social knowledge: Towards an integration of embodiment and social representations theory. *J Theory Soc Behav*. 2017;47(1):2–24. DOI 10.1111/jtsb.12110.
10. Banchs MA. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Pap Soc Represent* [Internet]. 2000;9:3.1-3.15. Disponible en: [psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/download/269/234](http://index.php/PSR/article/download/269/234).
11. Abric JC. Prácticas sociales y representaciones. Ciudad de México: Ediciones Coyoacán; 2001.
12. Villamil OL, Puerto YA. Discapacidad e integración, una aproximación a sus representaciones sociales. *Umbral Científico* [Internet]. 2004;(5):14–24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30400503.pdf>.
13. Rodríguez N, del Pilar M, Ortiz JM. Representaciones sociales de discapacidad en Neiva. *Rev Entornos* [Internet]. 2011;(24):259–76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3798853>.
14. Rodríguez IM, Nuñez A, Bulla J, Lozano A. Representaciones sociales de la discapacidad en estudiantes universitarios. *Horizontes Pedagógicos* [Internet]. 2016;18(2):86–93. Disponible en: <https://revistas.iberu.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/view/1098>.
15. 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. *Artemisa* [Internet]. 2006;8(3):158–64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14280304.pdf>.
16. Vidarte JA, Avendaño BK. Representaciones sociales sobre la discapacidad de profesionales de la salud de cartagena. *Intersticios Rev Sociológica Pensam Crítico*. 2017;11(1):5–18.
17. García J, Piña JM, Aguayo HB. Representaciones sociales sobre la persona con discapacidad de estudiantes de Nivel Superior en México. *Rev Iberoam Educ* [Internet]. 2019;80(2):129–50. Disponible en: <https://rieoei.org/RIE/article/view/3249>.
18. Doyle L, Brady A-M, Byrne G. An overview of mixed methods research. *J Res Nurs*. 2009;14(2):175–85. DOI 10.1177/1744987116674257
19. Suri H. Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qual Res J*. 2011;11(2):63–75. DOI 10.3316/QRJ1102063.
20. Weller SC. Cultural consensus theory: Applications and frequently asked questions. *Field Methods*. 2007;19(4):339–68. DOI 10.1177/1525822X07303502.
21. Bernard HR. *Research methods in cultural anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2017.
22. Aguilera-Guzmán RM, Mondragón L, Medina-Mora ME. Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Ment* [Internet]. 2008;31:129–38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200007.
23. Diario oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [Internet]. D.F., México; 1986. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
24. Vergès P, Tyszka T, Vergès P. Noyau central, saillance et propriétés structurales. *Pap Soc Represent*. 1994;3:3–12.



25. Smith J. Using Anthropac 3.5 and a spreadsheet to compute a free-list salience index. *Cult Anthropol Methods Newsl.* 1993;5(3):1–3.
26. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicol [Internet]*. 2013;21(2):513–8. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>.
27. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paídos Comunicación; 1990.
28. Doise Willem CA, Lorenzi-Cioldi F. The quantitative analysis of social representations. London: Harvester Wheatsheaf; 1993.
29. Hayashi P, Abib G, Hoppen N. Validity in qualitative research: A processual approach. *Qual Rep [Internet]*. 2019;24(1):98–112. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n1/18-25/es>.
30. Smith J, Osborn M. Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychol Heal.* 2007;22(5):517–34. DOI 10.1080/14768320600941756.
31. Osborn M, Smith J. Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: An interpretative phenomenological analysis. *Scand J Caring Sci.* 2006;20(2):216–22. DOI 10.1111/j.1471-6712.2006.00399.x.
32. MacNeela P, Gibbons A, McGuire B, Murphy A. “We need to get you focused”: General practitioners’ representations of chronic low back pain patients. *Qual Health Res [Internet]*. 2010;20(7):977–86. Disponible en: <http://library.sgu.ru/ftp/DORS/13.pdf>.
33. Hernández Ríos MI. El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Rev CES Derecho [Internet]*. 2015;6(2):46–59. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>.
34. Siegert RJ, Ward T, Playford ED. Human rights and rehabilitation outcomes. *Disabil Rehabil.* 2010;32(12):965–71. DOI 10.3109/09638281003775360.
35. Granger CL, Parry SM, Denehy L, Remedios L. Evidence, education and multi-disciplinary integration are needed to embed exercise into lung cancer clinical care: A qualitative study involving physiotherapists. *Physiother Theory Pract.* 2018;34(11):852–60. DOI 10.1080/09593985.2018.1425939.
36. Ruíz JD. Corporalidad y discapacidad intelectual: aportes a la comprensión de la dimensión social de la discapacidad desde la sociología del cuerpo. *Rev Ciencias la Salud [Internet]*. 2019;17(spe):32–47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v17nspe/1692-7273-recis-17-spe-32.pdf>.