

Representaciones sociales de la discapacidad psicosocial y los procesos de atención en salud: Perspectiva de las personas con discapacidad psicosocial en la Región de Atacama, Chile

Autores: Ana Calle Carrasco, Fabián Araya Galleguillos,
Douglas Veliz Vergara, Camila Vega Rodríguez.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Introducción / Contexto del problema

- **Exclusión histórica y estigma**

La discapacidad ha estado ligada a exclusión y discriminación (Chuaqui et al., 2019; Dussan & Sanabria, 2007). La discapacidad psicosocial —relacionada con factores sociales y salud mental— solo ha sido reconocida de forma específica en la última década (Palacios & Bariffi, 2013; Parra-Dussan, 2010).

- **Enfoque de derechos humanos**

La CDPD distingue discapacidad intelectual y mental, contribuyendo a separar la discapacidad psicosocial del estigma asociado a los trastornos mentales (ONU, 2024; Arenas & Melo-Trujillo, 2021).

- **Estigma y discriminación en salud**

Las PCDPs enfrentan estigma estructural, prácticas discriminatorias y decisiones no consensuadas en atención en salud (Huggett et al., 2018; Pescosolido, 2013).

- **Teoría de las Representaciones Sociales (TRS)**

“La investigación se fundamenta en la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici (1981), que describe cómo los grupos construyen significados compartidos. Estas representaciones organizan creencias y prácticas, pudiendo sostener desigualdades (Howarth, 2006; Abric, 2008). En salud mental influyen en cómo las PCDPs se perciben y cómo son tratadas por el sistema. Analizarlas permite comprender la persistencia del estigma y orientar cambios en el cuidado.”

Objetivo de la investigación

- Comprender las Representaciones Sociales (RS) sobre la discapacidad psicosocial y los procesos de atención en salud desde la perspectiva de las Personas con Discapacidad Psicosocial (PCDPs) en la Región de Atacama, Chile.

Metodología

Enfoque General

- Enfoque cualitativo basado en Teoría Fundamentada. Diseño sistemático (Strauss & Corbin).
 - Muestreo teórico-intencionado en Atacama.
Personas con Discapacidad Psicosocial
 - Entrevistas semiestructuradas grabadas y transcritas.
 - Codificación y organización de datos en NVivo 14.
- Rigor metodológico: Credibilidad, Triangulación interdisciplinaria, Transferibilidad, Dependabilidad y confirmabilidad

Proceso Analítico



Abierta

Axial

Validación de miembros

Resultados

Caracterización

Total participantes	16
Sexo	10 mujeres – 6 hombres
Edad	25–68 años
Residencia	Copiapó (10), Vallenar (4), Chañaral (2)
Ocupación predominante	Cesantía (7)
Otros oficios	Trabajo informal, oficios domésticos, independientes, jubilación

Análisis de contenido a (Teoría Fundamentada)

- **42 códigos** (Abierto)

- depuración (Axial)

- **10 categorías**

principales

- Marco conceptual:

**Representaciones
Sociales (Moscovici,
1981)**

a) Representaciones sociales - Asociadas a exclusión social de PCDPs en el ámbito de salud

b) Representaciones sociales de la discapacidad psicosocial

c) Barreras actitudinales en la atención en salud

d) Vulneración de derechos en salud

e) Percepción negativa de la calidad de la atención en salud

f) Percepción positiva de la calidad de la atención en salud

g) Expectativas

h) Sentimientos y emociones

i) Consecuencia en autonomía de decisión en salud.

Representaciones sociales – Asociadas a exclusión social de PCDPs en el ámbito de salud

Sujetos excluidos del sistema
de salud

Sujetos de control (mayor
vigilancia cuando se percibe
“menor capacidad”)

Sujetos autoexcluidos por
experiencias negativas previas

La exclusión se extiende al
ámbito laboral y social.

“Tenían miedo de que me diera una
crisis y no supieran qué hacer. Eso me
llevó a aislarme mucho.” (PSDVA02)

Representaciones sociales de la discapacidad psicosocial

“Comportamientos inadecuados”

“Pérdida de control”

“Enfermedad mental”

Dificultad para identificarse con el
término “discapacidad
psicosocial”

Algunos resignifican su experiencia
como resiliencia, no como
discapacidad.

“Es como una condición que no te
permite trabajar de manera
normal... como un obstáculo.”
(PSDCO09)

Barreras actitudinales

Desinterés y falta de empatía

Profesionales enfocan sólo salud mental → desatienden salud general

Actitudes evitativas y trato poco respetuoso

“Yo hablaba y la psicóloga estaba en el teléfono... entonces dije: no vuelvo más.” (PSDVA02)

Vulneración de derechos en salud

Trato desigual (positivo o negativo) basado en estigma

Rechazo y desprecio, especialmente fuera de unidades de salud mental

“Te saludan, pero te miran de arriba abajo, como analizándote solo con la mirada. No es que uno sea ‘aborrecido’, pero igual te hacen a un lado. Es como si les provocáramos nervios. A algunas personas las saludan normal, pero a otras no, porque dicen que estamos con nuestras pastillas y que estamos... ‘bien compaginados’.” (PSDCO01)

Percepción negativa de la calidad de la atención en salud

Trato poco cordial

Burocracia y largas esperas

Falta de coordinación entre unidades

Escasez de especialistas

“Es terrible tener que levantarse temprano y hacer una fila enorme que da vuelta la esquina solo para conseguir un número y poder ser atendida en el consultorio.”
(PSDCO01)

Percepción positiva de la calidad de la atención en salud

Buen trato en unidades de salud mental

Empatía y vínculo terapéutico

Profesionales que generan contención y confianza

“En el CESFAM me han atendido bien: me ponen las inyecciones, me dan mis pastillas y reposo cuando lo necesito. Y también está la doctora C., mi psiquiatra de muchos años, con quien tengo control en noviembre y que me ha acompañado desde que llegué al hogar.” (PSDCO02)

Expectativas

Proyectos laborales, educativos y personales

Expectativa de trato respetuoso en la atención de salud

“Yo quiero ser profesional, no para demostrarle nada a nadie, sino para sentirme orgulloso de lo que he logrado. Aunque estudiar me ha costado, he avanzado con mi propio esfuerzo.” (PSDCO08)

Redes de apoyo

Pareja y familia como facilitadores emocionales y prácticos.

Familia como obstaculizador.

“Mi tía y mi prima me ayudan mucho. A veces me retan, pero me tienen paciencia y me acogen en su casa cuando lo necesito. Esa contención familiar ha sido un gran apoyo para mí.” (PSDVA04)

Sentimientos y emociones

Negativos: tristeza, miedo, frustración, desconfianza

Positivos: satisfacción cuando logran autonomía

Consecuencia en la autonomía de decisión en salud

Paternalismo médico → decisiones delegadas

A veces familia decide sin su participación

En ocasiones decisiones compartidas

"En la pandemia un doctor me dijo de inmediato que era mejor que no tuviera hijos. Que con mi edad —52 años— y por lo que me había pasado, no era recomendable. Me dijo casi como una orden: 'Olvídese de tener hijos, no se le vaya a ocurrir'." (PSDVA01)

Conclusiones

- Las PCDPs construyen representaciones sociales de la atención en salud marcadas por exclusión, estigmatización y control, configurándose como sujetos marginados dentro y fuera del sistema sanitario.
- Aunque existen experiencias positivas asociadas a trato empático y continuidad terapéutica, predomina una narrativa centrada en la medicalización, la desconfianza y el paternalismo.
- Las expectativas de autonomía y participación de las PCDPs contrastan con prácticas que limitan su capacidad de decisión.
- Se requiere avanzar hacia políticas de salud mental comunitarias y basadas en derechos humanos, que fortalezcan la participación de las PCDPs y promuevan modelos de decisión apoyada.
- Es clave fortalecer la formación ética, crítica y empática de los equipos de salud para transformar prácticas estigmatizantes y relaciones de poder verticales.
- El estudio evidencia cómo las representaciones sociales influyen en la identidad y experiencia de cuidado, resaltando la necesidad de investigaciones participativas que visibilicen las voces de las PCDPs.

Bibliografía.

- Abric, J.-C. (2008). *Prácticas sociales y representaciones*.
Di Giacomo, J. P. (1987). *Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales*.
Díaz Velázquez, E. (2018). *Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad*.
Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology*, 45(1), 65–86.
<https://doi.org/10.1348/014466605x43777>
Ibáñez, T. (1988). *Psicología social construccionista*.
Jeoffrion, C. (2013). *Des représentations sociales comme vecteurs de changement*. Université de Nantes.
Lagunes-Córdoba, E., et al. (2022). Mexican psychiatric trainees' attitudes towards people with mental illness: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 58(5), 982–991.
<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00907-5>
Moscovici, S. (1981). *Representaciones sociales*. Universidad Complutense de Madrid.
Arenas, A. de P., & Melo-Trujillo, D. E. (2021). *Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69–83.
- Chuaqui, J., Araya Galleguillos, F., Diez Cáceres, S. A., & Mally Guerra, D. (2019). *Estructura social, poder y persona: un tributo a El Capital de Carlos Marx*. RIL Editores.
- Dussan, C. P., & Sanabria, M. T. P. (2007). Enfoque de derechos humanos en la política pública de discapacidad. *Civilizar*, 7(13), 97–114.

- Huggett, C., Birtel, M. D., Awenat, Y. F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., & Haddock, G. (2018). A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 380–397.
- ONU. (2024). *UN Flagship Report on Disability and Development 2024*. Division for Inclusive Social Development (DISD). <https://social.desa.un.org/publications/un-flagship-report-on-disability-and-development-2024>
- Palacios, A., & Bariffi, F. (2013). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ediciones Cinca.
- Parra-Dussan, C. (2010). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: antecedentes y nuevos enfoques*. *International Law*, 16, 347–380.
- Pescosolido, B. A. (2013). The public stigma of mental illness: What do we think; what do we know; what can we prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>