

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
Maestría en Cicatrización de Heridas
Facultad de Medicina

Herida crónica y calidad de vida. Un estudio de las representaciones sociales en pacientes portadores de heridas crónicas.

Autor

Daniela Musa

Tutores

Paula Carreras

Marina Bramajo

Mayo, 2026

Agradecimiento/dedicatoria

Cierro un capítulo para pasar a uno nuevo. Agradezco el amor y paciencia que requirió esta etapa de mi vida a mi marido, mis hijas, mis padres, mis amistades y principalmente a mí.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo general analizar la representación social sobre herida crónica y calidad de vida en pacientes portadores de heridas crónicas atendidos en un centro privado de San Miguel de Tucumán y en el consultorio médico de heridas crónicas del Hospital Público, en Tafí Viejo (Tucumán), durante el período de febrero a julio de 2024. Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo-cualitativo, basado en un muestreo por conveniencia de pacientes con heridas crónicas. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos, y se aplicó la técnica de evocación libre frente a los términos inductores herida crónica y calidad de vida. El análisis se llevó a cabo mediante procedimientos prototípicos y de similitud, complementados con el examen cualitativo de las justificaciones verbales. Los resultados mostraron que la representación de la herida crónica se organiza en torno a un núcleo central estructurado por el dolor y el cuidado, acompañados por ideas de cronicidad e incurabilidad, temor a complicaciones graves y una constante tensión entre sufrimiento y esperanza de sanar. En cuanto a la calidad de vida, el núcleo central se cimienta en la noción de cambio biográfico, asociado a la dependencia, el aislamiento, la pérdida de autonomía funcional, el impacto económico y el deseo de recuperar el trabajo, la movilidad y la participación social. Las variaciones según variables sociodemográficas y clínicas matizaron, sin transformar, estos núcleos representacionales. En conclusión, el estudio evidencia que las heridas crónicas se viven como una alteración profunda del proyecto de vida, y que la calidad de vida se define principalmente por su deterioro. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones integrales que articulen el abordaje clínico con estrategias de apoyo psicosocial y educativo.

Palabras clave: *herida crónica; calidad de vida; representaciones sociales; dolor; dependencia*

Abstract

The main objective of this study was to analyze the social representation of chronic wounds and quality of life in patients with chronic wounds treated at a private center in San Miguel de Tucumán and at the chronic wound clinic of Hospital Public, in Tafí Viejo (Tucumán), between February and July 2024. A descriptive study with a quantitative-qualitative approach was conducted, using convenience sampling of patients with chronic wounds. Sociodemographic and clinical data were collected, and a free word association technique was applied using “chronic wound” and “quality of life” as inducing terms. The data were analyzed through prototypical and similarity procedures, complemented by a qualitative examination of verbal justifications. The results showed that the representation of chronic wounds is organized around a central core structured by pain and care, along with ideas of chronicity and incurability, fear of severe complications, and a constant tension between suffering and hope for healing. Regarding quality of life, the central core is based on the notion of biographical disruption, associated with dependence, social isolation, loss of functional autonomy, economic burden, and the desire to regain work, mobility, and social participation. Variations according to sociodemographic and clinical variables nuanced, but did not transform, these representational cores. In conclusion, the study shows that chronic wounds are experienced as a profound disruption of life projects, and that quality of life is mainly perceived through its deterioration. These findings highlight the need for comprehensive interventions that combine clinical management with psychosocial and educational support strategies.

Keywords: chronic wound; quality of life; social representations; pain; dependence.

Índice

Agradecimiento/Dedicatoria	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Problema de Investigación.....	8
Interrogante de Estudio	10
Objetivos de Investigación.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Fundamentación	11
Antecedentes de la investigación	12
MARCO TEÓRICO	17
Heridas Crónicas	17
Heridas crónicas: complejidad clínica y experiencia subjetiva	20
Representaciones Sociales	21
Representaciones sociales, estigma y cuerpo lesionado.....	23
Calidad de vida relacionada con la salud en heridas crónicas	24
MARCO METODOLÓGICO.....	29
Tipo y Diseño de Investigación.....	29
Población y Muestra	30
Instrumentos de recolección.....	31
Análisis de los datos	32
Aspectos Éticos.....	34
ANÁLISIS DE DATOS	35
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIÓN	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXO	77

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas constituyen un importante problema de salud a nivel mundial. Estas condiciones médicas afectan a millones de personas, quienes enfrentan desafíos físicos y emocionales, debido a los períodos prolongados de cicatrización y a los síntomas dolorosos asociados. Además, las heridas crónicas generan un aumento significativo de costos en la atención médica, ejerciendo una presión adicional en los sistemas de salud (1).

Si bien se reconoce el impacto físico de las heridas crónicas, a menudo se subestiman las repercusiones psicosociales que enfrentan los pacientes que las padecen. La percepción de la calidad de vida en pacientes con heridas crónicas juega un papel fundamental en su bienestar general y adaptación a la condición. La experiencia de dolor constante, olor de la misma, las limitaciones físicas y la dependencia de cuidados pueden influir directamente en su calidad de vida, afectando su capacidad para participar plenamente en su vida diaria, afectando a su entorno y familia.

En este contexto, se plantea la necesidad de investigar la representación social sobre la herida en sí y acerca de la calidad de vida en pacientes con heridas crónicas, basada en el hecho de que esta condición médica no solo tiene implicaciones físicas, sino que también puede afectar la percepción subjetiva de su propia imagen corporal, sobre el bienestar y satisfacción con la vida de quienes la experimentan. La falta de conocimiento en este aspecto podría limitar el desarrollo de intervenciones efectivas y centradas en las necesidades específicas de los pacientes, lo que a su vez podría afectar negativamente la calidad de la asistencia brindada y la experiencia de cuidado.

De acuerdo con antecedentes internacionales, Rodrigues do Nascimento et al. (2020) han evidenciado que la calidad de vida de personas con heridas crónicas puede verse afectada significativamente, especialmente en términos de autonomía y relaciones sociales. Estudios previos realizados en distintas regiones, como el de Soares Dantas et al. (2022), han mostrado que la representación social de estos pacientes se configura de manera compleja, destacando la necesidad de abordajes interprofesionales que consideren tanto los aspectos físicos como psicosociales.

En este sentido, la investigación de Nunes Gomes et al. (2022) sobre la representación social de pacientes con úlceras vasculogénicas ha demostrado que las

debilidades en la atención y el servicio de salud influyen en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes. Los efectos físicos y emocionales de estas heridas han sido resaltados en su representación social, mostrando un contrapunto a la imagen idealizada de bienestar y felicidad. Esto subraya la importancia de considerar el contexto social de inserción y la interacción con el sistema de salud en el abordaje integral de pacientes con heridas crónicas.

En el ámbito de la atención primaria, se ha identificado que un déficit de conocimientos sobre el manejo adecuado de las heridas crónicas puede incidir en la percepción negativa de la calidad de vida de los pacientes. La falta de mejoría en su condición y aspectos psicológicos como el estrés y la ansiedad también son factores relevantes por considerar en la atención y tratamiento de estos pacientes.

Considerando el vacío de información en la representación social sobre la herida crónica y calidad de vida en pacientes con heridas crónicas en nuestro contexto específico, este estudio se propone como una oportunidad para profundizar en el conocimiento de las experiencias y perspectivas de estos pacientes.

Por tanto, el presente estudio, en el marco de la Maestría en Cicatrización de Heridas, tiene como objetivo analizar en profundidad las representaciones sociales sobre la herida crónica y la calidad de vida en pacientes con heridas crónicas. Se considerarán las variables sociodemográficas y patológicas como sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil y situación de convivencia, etiología de la herida, tiempo de evolución de la herida. La investigación propuesta permitirá obtener una comprensión más completa y contextualizada de la experiencia de los pacientes con heridas crónicas, enriqueciendo tanto el campo de la cicatrización de heridas como el de las representaciones sociales, ya que es escasa la bibliografía hallada que englobe ambos temas. Asimismo, se espera que los resultados concienticen al personal de salud sobre la importancia de tratar a estos pacientes con respeto y empatía, promoviendo un enfoque holístico, contemplando además el aspecto psicológico del paciente, para mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan esta condición médica.

Problema de Investigación

Las heridas crónicas son un grupo heterogéneo de lesiones que, en su conjunto, suponen un grave problema de salud pública debido a las enormes cargas económicas, sociales y emocionales que provocan (2). Una herida representa la pérdida de la continuidad anatómica y fisiológica de la piel, considerándose como crónica cuando su cicatrización no se produce en un lapso de seis semanas. Estas úlceras tienen el potencial de cicatrizar, pero no progresan con la terapéutica estándar de manera ordenada y oportuna. Las heridas crónicas a menudo permanecen estancadas en la etapa inflamatoria del proceso de curación, lo que las hace particularmente difíciles de tratar y curar.

La prevalencia de heridas crónicas varía ampliamente en la bibliografía, oscilando entre el 2% y el 50%, dependiendo de la población y los servicios estudiados. Estas cifras son más altas en unidades de medicina interna o larga estancia, lo que pone de manifiesto la magnitud del problema y su impacto en los servicios de salud (3). La prevalencia de las úlceras en miembros inferiores en España es del 0,10 al 0,30%, con 3 - 5 casos nuevos por 1.000 habitantes y año. Estos datos se duplican en la población mayor de 65 años (4). La bibliografía muestra una prevalencia y una incidencia similares en otros países como Reino Unido, Suecia y Australia. También hay un incremento significativo en la población mayor de 75 años (6).

El 95% de las úlceras crónicas son de origen venoso, isquémico, neuropático o úlceras por presión (5). De todas las úlceras de extremidad inferior, las úlceras de etiología venosa suponen el 70%, las isquémicas entre el 5 - 10% y las neuropáticas entre el 7 - 10%(6).

Lejos de vislumbrarse una solución a corto plazo, se estima que, en el futuro, debido a los cambios demográficos y a la tendencia en alza de determinadas enfermedades como la diabetes o la obesidad, la incidencia de las heridas crónicas aumentará (2). Las heridas crónicas comúnmente conducen a la pérdida de la función y la disminución de la calidad de vida, y son causas significativas de morbilidad, generando además un aumento desmedido de los costos en la atención médica (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el

sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (8) (9).

La calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas se ve afectada de manera significativa no solo debido al dolor frecuente, sino también a la limitación de movilidad y la necesidad de cuidados y tratamientos médicos continuos. De este modo, la magnitud del impacto psicosocial que tienen estas heridas en la vida de los pacientes queda en gran medida invisibilizada, por el enfoque en la dimensión física de la enfermedad. Los prolongados tratamientos requeridos generan altas cargas emocionales y sociales para quienes las padecen, afectando su percepción de la calidad de vida (10).

El estudio se centra en la manera en que el paciente con herida crónica comprende y experimenta su condición y su calidad de vida, así como en el modo en que estas experiencias se articulan con las representaciones sociales presentes en la sociedad. Según Moscovici, las representaciones sociales son construcciones simbólicas compartidas por un grupo social, configuradas a partir de las interacciones y los procesos comunicacionales situados en un contexto determinado (11). En este sentido, refieren al conjunto de creencias, actitudes y estereotipos que se producen y circulan colectivamente en torno a un fenómeno particular; en este caso, las heridas crónicas y las personas que las atraviesan (12).

Las representaciones sociales colectivas pueden abarcar ideas estigmatizadoras, como considerar a los pacientes con heridas crónicas como personas discapacitadas o dependientes (13). Estas creencias pueden llevar a la discriminación y la exclusión social, afectando la forma en que los pacientes son percibidos y tratados en su entorno. A menudo, estas representaciones sociales estigmatizadoras pueden hacer que los pacientes internalicen sentimientos de vergüenza y baja autoestima, lo que empeora su bienestar psicológico y emocional (14).

En este sentido, la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas es un aspecto fundamental del estudio. Se busca entender cómo los desafíos físicos y emocionales asociados con estas heridas afectan la satisfacción general con la vida de

los pacientes. La presencia de dolor constante, limitaciones físicas y la dependencia de cuidados puede influir directamente en su percepción subjetiva de su bienestar y su capacidad para disfrutar de la vida cotidiana.

Interrogante de Estudio

¿Cuáles son las representaciones sociales que los pacientes con heridas crónicas tienen sobre la herida crónica y sobre su calidad de vida?

Objetivos de Investigación

Objetivo General

- Analizar la representación social sobre herida crónica y calidad de vida en pacientes portadores de heridas crónicas atendidos en un centro privado de San Miguel de Tucumán y en el consultorio médico de heridas crónicas de un hospital público en Tafí Viejo (Tucumán), durante el período de febrero a Julio 2024.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes portadores de heridas crónicas.
- Identificar el contenido y la estructura de las representaciones sociales que tienen las personas portadoras de herida crónica sobre la herida crónica.
- Caracterizar el contenido y la estructura de las representaciones sociales que tienen las personas portadoras de herida crónica sobre calidad de vida.
- Relevar las significaciones que las personas atribuyen a la herida crónica y la calidad de vida.

Fundamentación

El estudio sobre las representaciones sociales de la herida crónica y la calidad de vida en pacientes con heridas crónicas es de suma importancia, debido al impacto significativo que estas lesiones tienen en la vida de quienes las padecen. Comprender cómo los pacientes perciben su herida y su calidad de vida, y de qué manera estas percepciones se ven influenciadas por representaciones sociales positivas o negativas, permite identificar los sentidos que organizan su experiencia cotidiana. Este conocimiento hace posible diseñar estrategias de intervención centradas en sus necesidades y en el acompañamiento a su entorno familiar o cercano.

Es por ello que la investigación pretende contribuir a mejorar la atención y el cuidado de estos pacientes al visibilizar las vivencias representadas y significadas en primera persona por quien padece las lesiones, colaborando a incrementar la empatía por los cuidadores y el personal de salud que los atiende.

Además, al abordar la calidad de vida, se pueden desarrollar intervenciones psicosociales que ayuden a modificar conductas y aliviar síntomas para mejorar la adaptación y la calidad de vida de estos pacientes en su vida diaria.

El estudio también tiene una relevancia teórica significativa, ya que contribuirá al avance del conocimiento en el campo de la cicatrización de heridas y la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas. Al explorar cómo los sentimientos, percepciones y experiencias son representadas por los pacientes con heridas crónicas, se enriquecerá la comprensión de la dimensión psicológica, emocional y social de esta condición médica.

El estudio realizado en el contexto de la Maestría en Cicatrización de Heridas puede brindar importantes aportes al campo disciplinar. En primer lugar, al identificar factores que componen la representación social del paciente sobre su herida crónica y su calidad de vida, se generarán conocimientos valiosos que permitirán una atención holística, jerarquizando aspectos psicológicos, emocionales y sociales que habitualmente son olvidados durante la atención de los pacientes. Además, el conocimiento generado puede llevar a una mayor conciencia en la sociedad sobre la importancia de tratar a estos pacientes con respeto y empatía, evitando estigmatizaciones y discriminaciones.

Antecedentes de la investigación

El presente apartado tiene como objetivo realizar un exhaustivo análisis del estado del arte con relación a la representación social sobre las heridas crónicas y la calidad de vida en pacientes con heridas crónicas. Para lograrlo, se ha llevado a cabo una revisión detallada de la literatura científica y académica, con el propósito de identificar y examinar investigaciones, estudios y trabajos previos relevantes en el área de la cicatrización de heridas y su impacto en la vida de los pacientes.

A través del presente análisis del estado del arte, se expondrá los datos más relevante y actualizada sobre la representación social de la herida crónica y la calidad de vida en pacientes con heridas crónicas. Este conocimiento permitirá comprender de manera más profunda las experiencias y perspectivas de estos pacientes, identificando factores que influyen en sus representaciones sociales. Además, esta revisión contribuirá al avance del conocimiento en el campo de la cicatrización de heridas, proporcionando una base sólida para futuras investigaciones y el desarrollo de intervenciones más efectivas y centradas en las necesidades de los pacientes.

Uno de los antecedentes relevantes, a nivel internacional sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes con heridas crónicas se llevó a cabo en el territorio de Curimataú en Paraíba (Brasil), donde se evaluó la percepción de la calidad de vida de ancianos que padecían heridas crónicas. Esta investigación tuvo un enfoque exploratorio y observacional, que combinó métodos cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión holística de la experiencia de estos pacientes. El estudio se realizó con la participación de 20 ancianos, quienes fueron sometidos a la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y el instrumento WHOQOL-Old, diseñado específicamente para evaluar la calidad de vida en personas mayores. Además, se utilizó un guion de entrevista semiestructurado para obtener información cualitativa sobre la percepción subjetiva de la calidad de vida de estos pacientes.

Otro estudio un estudio de tipo transversal y analítico realizado en un hospital universitario de Paraíba, Brasil, profundizó en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de 85 pacientes con heridas crónicas. Para ello, se empleó una triangulación metodológica mediante el instrumento genérico SF-36 y la herramienta específica Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS). La muestra evidenció un perfil crítico: predominio de mujeres de edad avanzada, casadas y portadoras de heridas venosas con más de 24 semanas de evolución. Los resultados arrojaron

puntuaciones significativamente bajas (35,08 en el SF-36 y 45,57 en el CWIS), revelando asociaciones negativas críticas. Se determinó que el sexo femenino y la edad superior a 60 años correlacionan directamente con una menor capacidad física y vitalidad ($p \leq 0,042$). Asimismo, se identificó que la precariedad financiera y la falta de prácticas religiosas impactan severamente en la dimensión social y funcional del individuo. El estudio concluyó que la cronicidad de las lesiones, sumada a factores sociodemográficos desfavorables, anula la autonomía del paciente y exige una atención de enfermería centrada no solo en la lesión, sino en la reintegración social y el soporte económico (15).

Los resultados obtenidos revelaron que la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas fue calificada en su mayoría como regular, con excepción de las facetas relacionadas con la "Participación social" y "Intimidad" considerado como malo. Ello se debió sobretodo a las dificultades impuestas por la herida por su impacto negativo en el estado físico y emocional, la autonomía y las relaciones sociales. Los testimonios recopilados durante las entrevistas se agruparon en tres categorías principales: "Percepción subjetiva de la calidad de vida"; "El impacto físico y emocional de la herida crónica en la calidad de vida"; y "El deterioro de la autonomía y las relaciones sociales en ancianos con herida crónica". Dentro de estos testimonios, se destacaron los efectos físicos y emocionales que la herida crónica tenía sobre la calidad de vida de los ancianos, especialmente en términos de la disminución de la autonomía y el perjuicio en las relaciones sociales. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar tanto los aspectos físicos como los psicosociales de las heridas crónicas en la atención de estos pacientes. El estudio concluyó que se requiere la implementación de intervenciones específicas e interprofesionales que aborden los desafíos enfrentados por los ancianos con heridas crónicas, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia que reciben. Los resultados obtenidos de esta investigación aportan conocimientos valiosos para la comprensión de la experiencia de los pacientes con heridas crónicas, y señalan la necesidad de enfocar los esfuerzos en el desarrollo de estrategias de atención integral y centrada en el paciente, para así mejorar su calidad de vida y bienestar general (16).

Respecto a investigaciones sobre representaciones sociales de pacientes con Úlceras Vasculogénicas, tuvo como objetivo describir las representaciones sociales de pacientes que padecen úlceras vasculogénicas sobre su calidad de vida y analizar dichas representaciones desde el contexto social de inserción de los pacientes en relación al servicio de salud. Se llevó a cabo una investigación cualitativa basada en el

enfoque de representaciones sociales en una Clínica Familiar en Río de Janeiro, donde participaron 30 pacientes con úlceras vasculogénicas con duración de más de 90 días. La obtención de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad, y posteriormente se aplicó un análisis lexicográfico utilizando el software Alceste.

Los hallazgos revelaron que las debilidades en la atención y el servicio de salud al que estaban vinculados los pacientes con úlceras vasculogénicas contribuyeron a exacerbar la reconfiguración de su vida cotidiana, debido a la presencia de dolor y las restricciones físicas asociadas a la enfermedad. Estas condiciones incidieron directamente en la representación que los pacientes tenían acerca de su calidad de vida. La representación social de los pacientes con úlceras vasculogénicas se mostró como un contrapunto a la imagen idealizada de "ser feliz". Se evidenció que las acciones de los pacientes frente a su enfermedad expresaban tanto proactividad en la búsqueda de una cura como pasividad ante la falta de resultados clínicos satisfactorios. Estos resultados resaltan la complejidad de las representaciones sociales que surgen en el contexto de la enfermedad y la interacción con el sistema de salud.

En conclusión, este estudio aporta una comprensión más profunda de las representaciones sociales de los pacientes con úlceras vasculogénicas y cómo estas representaciones se ven influenciadas por el contexto social de inserción y el sistema de salud. Los resultados obtenidos pueden contribuir al diseño de intervenciones más efectivas y centradas en el paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y bienestar de los pacientes que padecen esta afección. Asimismo, resalta la necesidad de abordar las debilidades en la atención médica para garantizar una mejor experiencia de cuidado para los pacientes (17).

El estudio sobre la calidad de vida de pacientes con heridas crónicas en atención primaria se enfocó en conocer la calidad de vida de personas con heridas crónicas atendidas en una zona básica de salud (Benamaurel, Granada, en España), con el objetivo de comprender cómo esta condición afecta su bienestar general y qué factores pueden influir en su percepción de calidad de vida. Se llevó a cabo un estudio cualitativo de carácter fenomenológico. La muestra consistió en informantes clave, mayores de 15 años, que presentaban al menos una herida de larga duración y que habían sido atendidos tanto en sus domicilios como en un centro sanitario de la zona básica de salud. Se utilizó una entrevista semiestructurada compuesta por cuatro preguntas para recopilar datos relevantes sobre la calidad de vida y los aspectos relacionados con las heridas crónicas.

A partir de las 24 entrevistas realizadas, se identificaron 45 códigos y se agruparon en cinco categorías temáticas: conocimientos, cambios, mejoría, consejos y aspectos psicológicos. Los informantes expresaron una mala calidad de vida relacionada en gran medida con un déficit de conocimientos sobre el manejo adecuado de las heridas crónicas. Los cambios en su vida cotidiana debido a la presencia de estas heridas y la falta de mejoría en su condición también influyeron en su percepción negativa de la calidad de vida. Los consejos y recomendaciones recibidas durante el proceso de atención también jugaron un papel importante en su bienestar. Además, aspectos psicológicos como el estrés, la frustración y la ansiedad se manifestaron como consecuencia del impacto de las heridas crónicas en su vida. El estudio revela que las personas con heridas crónicas atendidas en esta zona básica de salud presentan una mala calidad de vida, donde el déficit de conocimientos sobre el manejo adecuado de las heridas juega un papel clave en esta percepción negativa. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar la educación y la información proporcionada a los pacientes con heridas crónicas, para que puedan tomar un rol activo en el cuidado de su salud y mejorar su calidad de vida. Además, resalta la importancia de abordar los aspectos psicológicos asociados con esta condición, como el estrés y la ansiedad, para brindar un enfoque integral en el tratamiento y la atención de estos pacientes (18).

Por otra parte, se incorporó una revisión narrativa de la literatura que analizó 15 investigaciones seleccionadas de bases de datos como Scielo y Springer, con el fin de describir las dimensiones de la calidad de vida y los síntomas predominantes en esta población. Este análisis determinó que las heridas crónicas —definidas como aquellas con más de tres meses de evolución— deterioran sistemáticamente las dimensiones física, psicológica, social, emocional, familiar, económica y espiritual. El síntoma más prevalente fue el dolor severo, seguido por el mal olor, el exudado abundante y la infección. En cuanto al perfil sociodemográfico, se halló una edad media de 61 años y una marcada vulnerabilidad: bajo nivel educativo (47,5% con primaria básica), altas tasas de desempleo y solo un 7% de los pacientes con recursos propios para el cuidado de su herida. La revisión concluyó que la falta de afiliación a sistemas de salud y la carga económica del tratamiento agravan la percepción negativa de la salud, resaltando la urgencia de estrategias interdisciplinarias que alivien el impacto psicosocial y mejoren la adaptación del paciente a su condición (19).

A nivel nacional, se halló un estudio en la provincia de Mendoza la cual se enfoca en las representaciones sociales y su relación con las prácticas de autocuidado en

personas mayores de la zona este de la provincia de Mendoza. El objetivo de este estudio fue describir las representaciones emergentes de salud, enfermedad y calidad de vida en este grupo de personas mayores, con el propósito de comprender cómo estas representaciones influyen en sus conductas de autocuidado. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó una metodología cualitativa, específicamente la teoría fundamentada con diseño emergente. La muestra estuvo conformada por 30 personas mayores de 60 años, que residían en la zona este de la provincia de Mendoza, no se encontraban institucionalizadas y no tenían diagnóstico de enfermedad psiquiátrica. La herramienta utilizada para recolectar datos fue la entrevista semidirigida, que permitió obtener información detallada y en profundidad sobre las representaciones sociales de los participantes.

Los resultados de la investigación revelaron que las personas mayores tienen una representación social multidimensional tanto de la salud como de las causas de la enfermedad y de la calidad de vida. Estas representaciones incluyen elementos que abarcan los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales relacionados con la salud y la calidad de vida. En consonancia con estas representaciones, los participantes manifestaron llevar a cabo estrategias variadas de autocuidado, considerando aspectos físicos, psicológicos y sociales. Aunque en la representación social de la salud y la enfermedad predominó la dimensión psicológica, las estrategias de autocuidado que sobresalieron estuvieron principalmente relacionadas con el cuidado físico. Estos hallazgos señalan la importancia de entender las representaciones sociales que los adultos mayores tienen sobre su salud y calidad de vida, y cómo estas representaciones pueden influir en sus prácticas de autocuidado. En conclusión, comprender las representaciones sociales de la salud, la enfermedad y la calidad de vida en los adultos mayores es fundamental para abordar de manera efectiva y adecuada sus necesidades de autocuidado. Los resultados de este estudio aportan nuevos conocimientos que pueden ser aplicados en la formulación de estrategias de promoción de la salud, con el objetivo de promover un envejecimiento activo y saludable en esta población (20).

MARCO TEÓRICO

Heridas Crónicas

Las heridas crónicas constituyen un fenómeno clínico complejo que ha intrigado a la humanidad desde tiempos ancestrales evolucionando a un entendimiento profundo basado en la biología molecular y la evidencia clínica. En esencia, estas lesiones se caracterizan por su fracaso en avanzar ordenadamente a través de las fases clásicas de la cicatrización —hemostasia, inflamación, proliferación y remodelación—, persistiendo más allá de las seis semanas de evolución, lo que la diferencia de las heridas agudas. Se trata de un estado patológico donde la progresión ordenada del proceso de cicatrización se ve afectada, quedando el tejido atrapado en una inflamación crónica perpetua debido a diversas anomalías patogénicas que integran defectos intrínsecos —como alteraciones específicas en el riego sanguíneo, angiogénesis y recambio de la matriz extracelular— y factores extrínsecos como infecciones y traumatismos continuos. Estas disrupciones impiden la integración bien orquestada de eventos biológicos y moleculares esenciales, tales como la migración y proliferación celular, la deposición y remodelación de la matriz extracelular, y las respuestas precisas a mediadores inflamatorios, factores de crecimiento, citocinas y fuerzas mecánicas (22).

Esta visión se complementa con la noción de heridas estancadas por un microambiente proinflamatorio, donde citoquinas como TNF- α e IL-1 β bloquean la transición a la fase proliferativa, contrastando radicalmente con las heridas agudas que, en cuestión de días o semanas, restauran la integridad cutánea mediante una cascada coordinada de plaquetas, fibroblastos y queratinocitos (23). Además, se incorpora el paradigma de la senescencia celular prolongada, con fibroblastos senescentes que acumulan especies reactivas de oxígeno y secretan un fenotipo secretor asociado a senescencia, perpetuando un ciclo vicioso de degradación matricial y fallida angiogénesis mediada por VEGF (24). De igual modo, el desequilibrio proteolítico, con MMPs superando a sus inhibidores TIMP-1 y TIMP-2, impide la síntesis de colágeno tipo I esencial para la remodelación, mientras que la carga bacteriana elevada ($>10^5$ UFC/g de tejido) y la hipoxia actúan como selladores del estancamiento, diferenciando las crónicas de las subagudas o agudas (25).

El Consenso sobre Cicatrización de Heridas puntualiza que el estancamiento en la fase inflamatoria no es un proceso pasivo, sino un desequilibrio proteolítico activo donde las metaloproteinasas de matriz (MMPs) superan a sus inhibidores naturales (TIMPs). Esta actividad enzimática descontrolada degrada prematuramente el colágeno tipo I y los factores de crecimiento, impidiendo que los fibroblastos realicen su función

regenerativa. Asimismo, la presencia de fibroblastos senescentes —células que han perdido su capacidad proliferativa, pero permanecen metabólicamente activas— contribuye a la secreción de citoquinas proinflamatorias que perpetúan el daño tisular (26).

Por su parte, la hipoxia tisular prolongada actúa como un sellador del estancamiento biológico, ya que la presión de oxígeno en el borde de una herida crónica es insuficiente para sostener la angiogénesis y la actividad bactericida de los leucocitos. Este autor enfatiza que, sin la corrección del microambiente celular, los tratamientos tópicos convencionales suelen fracasar, diferenciando claramente la evolución de las heridas crónicas de las agudas (27).

Un factor determinante en la persistencia de estas lesiones es la formación de biofilms bacterianos, constituye una comunidad compleja de microorganismos protegidos por una matriz extracelular que les confiere resistencia frente a los antibióticos y el sistema inmunitario del huésped. Esta colonización crítica mantiene al lecho de la herida en una inflamación silenciosa, impidiendo la formación de tejido de granulación y la posterior reepitelización. El manejo clínico debe, por tanto, enfocarse en la disrupción mecánica y química de estos biofilms para reiniciar la cascada de cicatrización (27).

La clasificación de las heridas crónicas ha madurado para reflejar su heterogeneidad etiológica, anatómica y funcional, facilitando un manejo preciso. Predominan las úlceras venosas de extremidades inferiores (70-80% de casos), secuelas de hipertensión venosa posttrombótica, con edema, dermoesclerosis y "cuff" perimaléolar (28). Las úlceras de pie diabético, afectando al 15-25% de diabéticos, se gradúan en sistemas como Wagner (0: preulcerativo; 5: gangrena extensa) o University of Texas (A-D: profundidad + infección/ischemia), destacando neuropatía y microangiopatía como ejes centrales (29).

Las úlceras por presión se localizan típicamente sobre prominencias óseas o debajo de dispositivos médicos, resultando de presión sostenida, a menudo combinada con cizallamiento, y han sido reclasificadas como lesiones por presión en lugar de úlceras para abarcar daños en piel intacta, con estadios numerados del I al IV que describen la magnitud de pérdida tisular y características anatómicas presentes o ausentes tras retirar tejido necrótico. El estadio I presenta eritema no blanqueable en piel intacta; el II, pérdida parcial de epidermis/dermis como abrasión o ampolla superficial; el

III, pérdida total de piel con necrosis subcutánea sin perforar fascia; y el IV, daño extenso con hueso, tendón o músculo expuestos, frecuentemente con esfácelos, tunelizaciones o cavitaciones, donde la profundidad varía por localización anatómica. Además, se incluyen sospecha de lesión en tejidos profundos (área púrpura/marrón o ampolla hemorrágica por daño subyacente) y lesiones por dispositivos, diferenciando claramente del daño por humedad y eliminando términos ambiguos como sospechoso para mayor precisión diagnóstica (30).

En cuanto a la prevalencia y factores de riesgo, la cronicidad —entendida como lesiones con más de tres meses de evolución— se encuentra estrechamente ligada a un perfil sociodemográfico de vulnerabilidad. Se identifica una edad media de 61 años y un predominio del sexo femenino (51%), donde factores como el bajo nivel educativo y la falta de recursos propios para financiar el tratamiento (solo un 7% de los pacientes cuenta con ellos) agravan la evolución clínica. Por su parte, el manejo empírico de estas lesiones, común en contextos con recursos limitados, contribuye a que el 70-80% de las úlceras de extremidades inferiores se vuelvan refractarias al tratamiento convencional, requiriendo tecnologías de ambiente húmedo para reiniciar la cicatrización (19).

Más allá de la etiología, la experiencia del paciente está dominada por síntomas que reconfiguran su subjetividad, según la revisión narrativa de Jaimes Contreras et al., el síntoma más frecuente y limitante es el dolor severo, reportado por la gran mayoría de los pacientes, seguido por el mal olor y el exudado abundante. Estos signos clínicos no son meramente biológicos; actúan como disparadores de representaciones sociales negativas, lo que deteriora significativamente todas las dimensiones de su calidad de vida, especialmente la social y la emocional (19).

Entre los síntomas asociados a las heridas crónicas, el dolor ha sido identificado como el predictor más consistente de deterioro en la calidad de vida (31). No obstante, otros signos clínicos poseen un peso simbólico particularmente relevante. El mal olor y el exudado abundante han sido descritos como desencadenantes de vergüenza social y evitación de actividades interpersonales (32). Desde la teoría de las representaciones sociales, estos signos funcionan como elementos objetivados que condensan significados negativos sobre el cuerpo lesionado.

Además, la dependencia para el cuidado cotidiano suele vivirse como una amenaza a la autonomía personal. Estudios cualitativos muestran que muchos pacientes experimentan sentimientos de carga familiar y pérdida de rol social. Estas

vivencias se integran en representaciones que asocian la herida con deterioro progresivo.

Heridas crónicas: complejidad clínica y experiencia subjetiva

Desde el punto de vista biomédico, las heridas crónicas se caracterizan por la interrupción del proceso normal de cicatrización y la persistencia de la fase inflamatoria (21). Sin embargo, la evidencia reciente enfatiza que su impacto excede ampliamente la dimensión tisular.

Las heridas crónicas constituyen un problema de salud pública global debido no solo a su prevalencia, sino también a su profundo impacto funcional y psicosocial (28). Estos autores subrayan que el tratamiento efectivo requiere integrar la evaluación clínica con la comprensión de la experiencia del paciente.

En la misma línea, Frykberg y Banks describen las heridas crónicas como condiciones que generan una carga multidimensional, incluyendo dolor persistente, limitaciones de movilidad, alteraciones del sueño y deterioro de la vida social (29). Este carácter multidimensional refuerza la pertinencia del enfoque de representaciones sociales.

Estudios específicos en pacientes con úlceras de miembros inferiores han mostrado que la vivencia subjetiva suele organizarse en torno a tres ejes principales:

- dolor crónico
- restricción funcional
- alteración de la imagen corporal (30).

Estos elementos no solo afectan la calidad de vida, sino que también moldean las representaciones que los pacientes construyen sobre su propia condición.

La literatura coincide en que la experiencia de vivir con una herida crónica está fuertemente modulada por factores sociales demostraron que el aislamiento social y la falta de apoyo familiar se asocian con peor evolución percibida y menor adherencia terapéutica (33).

Asimismo, el nivel socioeconómico influye tanto en el acceso al tratamiento como en la forma de interpretar la enfermedad. Pacientes en contextos de vulnerabilidad tienden a construir representaciones más fatalistas sobre la posibilidad de curación, lo que puede afectar su participación en el cuidado. Desde el modelo biopsicosocial de Engel, la enfermedad debe entenderse como el resultado de la interacción entre procesos biológicos, psicológicos y sociales. Este marco resulta especialmente pertinente para las heridas crónicas, donde la cicatrización puede verse influida por factores como el estrés, la depresión y el apoyo social.

Representaciones Sociales

La teoría de las representaciones sociales constituye un marco interpretativo central para comprender cómo los sujetos elaboran significados acerca de los procesos de salud y enfermedad. Desde su formulación inicial, Moscovici definió las representaciones sociales como formas de conocimiento socialmente elaboradas y compartidas que orientan las prácticas y la comunicación cotidiana (11). Este enfoque permitió desplazar la mirada desde una concepción puramente individual del pensamiento hacia una comprensión situada en la interacción social.

Moscovici define las Representaciones Sociales como *Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) La representación es 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 intercambios, liberan los poderes de su imaginación.* (34)

Teniendo en cuenta esta afirmación, se describe la función de las Representaciones Sociales como la forma de obtención de una realidad objetiva, tomando como eje principal los procesos comunicativos en los cuales sujeto, objeto y grupo social se ven involucrados, complementando, Moscovici también afirma, en la génesis de su teoría, "(...) una vez llegue la noción de representación –no digo que fuera definitiva, pero si la tome como un tipo de organización simbólica del conocimiento y el lenguaje- pude comenzar el proyecto de rehabilitación del sentido común y el conocimiento corriente" (35).

De esta forma, se evidencia de forma clara el carácter epistemológico de dicha teoría, formar conocimiento objetivo a partir del sentido común, partiendo de analizar y dar mayor relevancia al conocimiento adquirido a través de los procesos elementales en la percepción de los objetos y a sus procesos comunicativos.

En este orden de ideas, al darle tal grado de relevancia al sentido común dentro de los procesos de estructuración del pensamiento, Moscovici coincide con Karl Popper, el cual afirma que *“el conocimiento científico sólo puede ser una ampliación del correspondiente al sentido común”* (36) de esta forma, el concepto de sentido común se ve ligado a la estructuración de la realidad a través del uso del lenguaje ordinario y cotidiano, que es, en sí, uno de los aspectos para el estudio de la Representaciones Sociales; la utilización de recursos de lenguaje habituales en los procesos comunicativos que, después de su respectivo análisis y conclusiones, permitan generar nociones objetivas que sean reales, no solo para el grupo social, sino para el sujeto y que estas, a su vez, se vean en la constante necesidad de reestructurarse y recomponerse, de manera en que, los distintos contextos en los que se vean involucrados permitan su entendimiento de forma clara.

Posteriormente, Denise Jodelet amplió esta perspectiva al subrayar que las representaciones sociales organizan la experiencia vivida y estructuran la relación entre el sujeto y su cuerpo enfermo, especialmente en contextos de enfermedad crónica (21). Según esta autora, la enfermedad no es únicamente un evento biológico, sino una realidad simbólica que se inscribe en la identidad personal y en el entramado sociocultural.

Desde el enfoque estructural, toda representación se organiza alrededor de un núcleo central relativamente estable y un sistema periférico más flexible (22). Esta distinción resulta particularmente útil en el campo de las heridas crónicas, ya que permite identificar qué significados asociados a la lesión son más resistentes al cambio —por ejemplo, la asociación con deterioro corporal— y cuáles pueden modificarse mediante intervenciones educativas o de acompañamiento.

Doise complementó este marco al enfatizar la dimensión socioposicional de las representaciones sociales, señalando que estas varían según la ubicación de los sujetos en la estructura social (23). En el caso de pacientes con heridas crónicas, variables

como edad, nivel socioeconómico y trayectoria de enfermedad pueden modular significativamente la forma en que la herida es interpretada y vivida.

Representaciones sociales, estigma y cuerpo lesionado

La literatura contemporánea ha mostrado que las enfermedades visibles y de evolución prolongada tienden a activar procesos de estigmatización social. En este punto, los aportes clásicos resultan fundamentales para comprender cómo ciertas condiciones corporales pueden ser socialmente desvalorizadas (37). El autor define el estigma como un atributo profundamente desacreditador que transforma a quien lo porta de una persona completa y normal a una persona disminuida ante los ojos de los demás.

En el contexto de las heridas crónicas, este marco cobra especial relevancia debido a la visibilidad frecuente de las lesiones, la presencia de exudado y olor, y la necesidad de curaciones repetidas. Investigaciones cualitativas han evidenciado que estos elementos favorecen sentimientos de vergüenza corporal y retraimiento social en los pacientes (25).

Link y Phelan ampliaron el modelo de estigma al proponer que este proceso implica etiquetamiento, estereotipación, separación y pérdida de estatus en un contexto de poder social (37). Aplicado al campo de las heridas crónicas, este enfoque permite comprender cómo ciertas representaciones sociales —por ejemplo, asociar la herida con falta de higiene o incapacidad— pueden traducirse en experiencias concretas de exclusión o autoaislamiento.

Asimismo, la teoría del estigma internalizado ha mostrado que los pacientes pueden incorporar estas miradas sociales negativas en su autoconcepto, fenómeno asociado a peores indicadores de salud mental y calidad de vida (38). Este proceso resulta especialmente crítico en condiciones crónicas de larga evolución.

El reconocimiento del papel de las representaciones sociales tiene importantes implicancias para el cuidado. La evidencia sugiere que intervenciones centradas exclusivamente en el lecho de la herida son insuficientes para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La incorporación de medidas reportadas por el paciente (PROMs) ha sido recomendada por organismos internacionales para captar la experiencia subjetiva y

orientar decisiones terapéuticas. Estos instrumentos permiten evaluar el impacto de las condiciones de salud sobre la calidad de vida —en dimensiones como el dolor, la ansiedad, la movilidad y el autocuidado— a partir de la propia narrativa de los pacientes, sin la interpretación o sesgo del personal sanitario (39). En el contexto de las heridas crónicas, estas herramientas se vuelven indispensables para visibilizar y cuantificar dimensiones psicosociales que suelen pasar desapercibidas en la evaluación clínica tradicional enfocada únicamente en el cierre de la lesión.

Calidad de vida relacionada con la salud en heridas crónicas

El concepto de Calidad de Vida (CV) ha transitado desde una noción puramente económica y de bienestar material hacia una construcción multidimensional compleja. Este constructo ha evolucionado a través de diferentes corrientes de pensamiento, pasando de ser analizado desde lo puramente biológico y cuantitativo hacia enfoques sociológicos y cualitativos. Históricamente, tras la posguerra, la CV se medía por indicadores externos como el ingreso o la vivienda; sin embargo, en las últimas décadas, el foco se ha desplazado hacia la percepción que el individuo tiene de su propia vida (40).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha evolucionado hacia un constructo multidimensional centrado en la percepción del paciente y los modelos más influyentes, integra variables biológicas, síntomas, funcionamiento y percepción de salud en un continuum explicativo (40). Este modelo resulta especialmente útil para comprender la situación de personas con heridas crónicas.

Posteriormente, se revisaron y ampliaron este modelo, destacando el papel mediador de los factores individuales y ambientales en la percepción de calidad de vida (41). En pacientes con heridas crónicas, esto implica que la severidad clínica de la lesión no determina por sí sola el nivel de bienestar percibido.

En este sentido, no existe una definición única, lo que ha generado frecuentemente una confusión terminológica con conceptos como nivel de vida o satisfacción vital. No obstante, la mayoría de los autores coinciden en que la CV implica una evaluación de bienestar que incluye dimensiones tanto objetivas (salud física, entorno) como subjetivas (satisfacción, felicidad) (41).

Dentro del campo sanitario, el término se especifica como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se define como el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas y sociales causadas por la enfermedad, sus secuelas y el tratamiento. Esta definición es crítica porque reconoce que dos pacientes con la misma patología clínica pueden reportar niveles de CVRS radicalmente distintos según su red de apoyo, su resiliencia y el impacto de los síntomas en su cotidianidad (42).

La CVRS se estructura generalmente sobre tres ejes fundamentales:

1. Dimensión Física: Referida a la percepción del funcionamiento corporal, la presencia de dolor, la fatiga y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.
2. Dimensión Psicológica: Abarca el estado emocional, la autoestima y el bienestar mental. Incluye el temor a la progresión de la enfermedad y la angustia emocional.
3. Dimensión Social: Evalúa la interacción del individuo con su entorno, el soporte social recibido y las limitaciones en la participación social debido a la enfermedad.

Uno de los grandes debates presentados es el tránsito de la objetividad a la subjetividad. Mientras que los indicadores objetivos son necesarios para la gestión de políticas públicas, la experiencia del paciente es subjetiva por definición. El Banco Interamericano de Desarrollo sostiene que los hechos objetivos (como el acceso a servicios de salud) a menudo no correlacionan de forma lineal con la satisfacción reportada. Este fenómeno sugiere que la percepción del paciente es el indicador más fiel para evaluar la efectividad real de los cuidados de salud (43).

Esta dualidad es especialmente visible en poblaciones vulnerables, en los adultos mayores o personas con discapacidad, la CVRS no depende tanto de la curación de la patología, sino de la capacidad del sistema de salud para mitigar las limitaciones y favorecer la autonomía (43).

Cuando el análisis se centra en pacientes con heridas crónicas (úlceras por presión, vasculares, diabéticas o neoplásicas), el impacto en la CVRS es profundo y devastador. Estas lesiones suelen tener un componente endógeno principal que

produce un retraso en la curación. Esta ausencia de crecimiento de los tejidos no es solo un problema biológico, sino una fuente constante de pérdida de bienestar (31).

La CVRS en estos pacientes se ve alterada por factores específicos identificados como:

- Dolor y Sufrimiento: El dolor persistente es el síntoma con mayor peso negativo en la percepción de salud. Limita el sueño, la movilidad y el estado de ánimo.
- Aislamiento Social: El exudado, el olor y el aspecto de las heridas complejas suelen generar temor, angustia y una alteración de la autoestima que empuja al paciente al aislamiento voluntario.
- Dependencia y Discapacidad: Las heridas limitan la capacidad de autocuidado, generando una dependencia de terceros que fractura el proyecto de vida del individuo (32).

Además, se reconoce la existencia de una relación directa entre la gravedad de la herida (tamaño, inflamación, profundidad) y la pérdida sistemática de CVRS. Por tanto, optimizar los cuidados requiere que el profesional no solo mire la lesión, sino el impacto que esta tiene en la biografía del paciente (44).

Para capturar esta realidad subjetiva, la práctica clínica moderna utiliza los instrumentos PROM (Patient-Reported Outcome Measures), cuestionarios que miden las percepciones directas del paciente sobre su estado de salud, síntomas y autonomía sin la interpretación mediadora del profesional.

El uso de PROMs es esencial para:

- Decisiones Informadas y Compartidas: Al conocer cómo se siente el paciente, se pueden ajustar los tratamientos para que se alineen con sus prioridades de vida.
- Seguimiento Integral: Permiten detectar si un tratamiento que técnicamente está funcionando (la herida reduce su tamaño) está teniendo un impacto negativo en otras áreas (por ejemplo, el paciente se siente más aislado o deprimido por el tratamiento) (33).

Finalmente existe una relación bidireccional entre la CVRS y el proceso de cicatrización. Un paciente con baja CVRS, altos niveles de estrés y falta de apoyo social presenta una respuesta inmunológica y metabólica alterada que puede retrasar la

curación. Por el contrario, un abordaje que mejore el bienestar emocional y social del paciente puede actuar como un catalizador biológico para la regeneración tisular (31).

Medir la calidad de vida permite pasar de un modelo de curar la herida a un modelo de cuidar a la persona, reconociendo que la efectividad de la salud pública se mide en última instancia por la recuperación de la vida digna de sus ciudadanos (40).

La relación bidireccional mencionada entre la CVRS y la cicatrización se encuentra profundamente mediada por el contexto sociodemográfico del sujeto. En este sentido, la cronicidad, definida por lesiones que superan las seis semanas de evolución, no solo representa un estancamiento biológico, sino que suele estar ligada a perfiles de alta vulnerabilidad social (31). Se ha observado que factores como la edad avanzada (predominantemente superior a los 60 años), el bajo nivel educativo y la precariedad financiera actúan como barreras críticas que anulan la autonomía del individuo. La falta de recursos propios para financiar el tratamiento, situación que afecta a la gran mayoría de los pacientes en contextos de vulnerabilidad, agrava la percepción negativa de la salud, ya que el paciente no solo enfrenta la carga física de la herida, sino también la incertidumbre económica de su cuidado (16) .

Asimismo, este impacto se traduce en una reconfiguración de la vida cotidiana donde las debilidades del servicio de salud y la falta de redes de apoyo, como la práctica religiosa o la integración social, profundizan el deterioro funcional (16) (17). El déficit de conocimientos sobre el manejo adecuado de las lesiones y la ausencia de una mejoría clínica palpable disparan respuestas psicológicas de frustración y ansiedad que alimentan el ciclo de estrés metabólico. De este modo, la representación social de la herida se aleja de ser un evento puramente médico para convertirse en un fenómeno identitario que confronta al paciente con una imagen de sí mismo marcada por la dependencia y la exclusión social (17). Por lo tanto, el abordaje integral debe considerar que la recuperación de la CVRS es indisociable de la estabilidad del entorno social y económico en el que el paciente se encuentra inserto.

La evidencia empírica es consistente en señalar un deterioro significativo de la CVRS en esta población. En una revisión sistemática, encontraron que las úlceras venosas de pierna se asocian con deterioro marcado en las dimensiones física, emocional y social de la calidad de vida (42). Los autores destacan especialmente el impacto del dolor y de las restricciones en la vida cotidiana. De manera similar, los

pacientes con heridas crónicas experimentan con frecuencia aislamiento social, alteraciones del sueño y síntomas depresivos, configurando un perfil de alta vulnerabilidad psicosocial (43). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordajes integrales.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y Diseño de Investigación

El estudio adoptó un enfoque metodológico mixto, integrando estrategias cuantitativas y cualitativas de manera complementaria. La dimensión cuantitativa permitió describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, así como identificar frecuencias, saliencias y jerarquías de evocación asociadas a los términos inductores. Por su parte, la dimensión cualitativa posibilitó interpretar los significados atribuidos por los participantes a la herida crónica y a la calidad de vida, recuperando las justificaciones verbales y los sentidos subjetivos presentes en sus discursos (45).

La combinación de ambos enfoques resultó pertinente debido a que el objeto de estudio —las representaciones sociales— involucra simultáneamente aspectos estructurales y simbólicos. En este sentido, el componente cuantitativo contribuyó a reconocer regularidades y organización representacional, mientras que el componente cualitativo permitió profundizar en la comprensión de las experiencias y significaciones construidas por los pacientes.

Asimismo, la triangulación metodológica favoreció una comprensión más integral del fenómeno estudiado, fortaleciendo la validez interpretativa de los resultados mediante la articulación entre datos numéricos, análisis lexicales y producciones discursivas.

Se procedió a realizar una investigación de tipo descriptivo que buscó especificar las propiedades y características de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a análisis (45).

Según el diseño, correspondió a una investigación no experimental, porque no se buscó manipular o modificar variables. La investigación no experimental analizó los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural: se observaron situaciones ya existentes y no provocadas intencionalmente, y las variables independientes ocurrieron sin que fuera posible manipularlas (45).

En su aspecto temporal, fue un estudio de tipo transversal, debido a que los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único, y su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (45).

Población y Muestra

La población de este estudio estuvo compuesta por todos los pacientes portadores de heridas crónicas atendidos en la Provincia de Tucumán durante el año 2024.

La muestra, en cambio, se limitó a 51 pacientes portadores de herida crónica atendidos específicamente en un centro médico privado de infectología de San Miguel de Tucumán y en el consultorio médico de heridas crónicas de un hospital público en Tafí Viejo, durante el período de febrero a julio de 2024.

El tipo de muestra utilizado fue no probabilístico–intencional. Fue no probabilístico porque el investigador no pudo calcular el error de muestreo presente en sus apreciaciones, e intencional porque las unidades muestrales se seleccionaron de manera no aleatoria, sino arbitraria y significativa, siguiendo criterios considerados relevantes por el investigador (46).

Los criterios de selectividad aplicados fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Ser paciente adulto, mayor de 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Ser portador de al menos una herida crónica, con una duración mayor a 6 semanas, localizada en miembros inferiores
- Manifestar su consentimiento voluntario para participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten herida aguda o crónica cicatrizada.
- Pacientes que no puedan dar su consentimiento por sus propios medios.
- Pacientes menores de edad.

Las variables sociodemográficas y patológicas consideradas fueron:

- Sexo: asignado al nacer, femenino o masculino.
- Edad: tiempo, en años, transcurrido desde el momento del nacimiento.
- Nivel de instrucción: según el máximo nivel completado: inicial, primario, secundario o superior (terciario o universitario).
- Estado civil: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, unión convivencial.

- Situación de convivencia: se clasificó como solo o acompañado. En este último caso se registraron subcategorías, aceptando una o más opciones según correspondiera al paciente: pareja, descendencia (hijos/as), ascendencia (padre o madre), otros.
- Etiología de la herida: según constancia en la historia clínica: venosa, isquémica, mixta, neuropática u otras.
- Tiempo de evolución de la herida: tiempo transcurrido desde el inicio de la lesión. Se registró en años, considerando: menor de 1 año, 1, 2, 3 años, etc., según refiriera el paciente.

Instrumentos de recolección

Para la realización del trabajo se implementaron tres instrumentos diseñados para tal fin: Anexos 1, 2 y 3.

El Anexo N.º 1, Encuesta sociodemográfica y patológica, se utilizó para registrar las variables sociodemográficas y patológicas de cada participante: sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, situación de convivencia, etiología de la herida y tiempo de evolución de la herida. La planilla fue completada por la investigadora a partir de las respuestas del paciente, con excepción de la variable “etiología de la herida”, que se obtuvo de la historia clínica.

Para la obtención de las representaciones sociales se aplicó una encuesta compuesta por el Test de Evocación Jerarquizada con justificaciones (47) (48). Esta prueba está destinada a obtener, por un lado, los elementos que pueden constituir el núcleo de la representación y, por otro, las diferentes periferias y su naturaleza. Al apoyarse en manifestaciones verbales que se buscan más naturales, libres y, por ello, más auténticas, la técnica reduce las dificultades propias de la expresión discursiva. Consiste en solicitar a los sujetos, a partir de uno o varios términos inductores vinculados a la representación social que se desea identificar, que produzcan todos los términos, expresiones o adjetivos que les vengan espontáneamente a la mente. El carácter espontáneo –y, por lo tanto, menos controlado– de esta producción, así como su dimensión proyectiva, permiten acceder de manera más rápida y sencilla que mediante una entrevista a los elementos que constituyen el universo semántico del objeto estudiado.

Específicamente, la técnica se aplicó en tres fases: 1) se pidió a las personas participantes que emitieran cuatro términos que vinieran inmediatamente a su mente

cuando se les mencionaban los inductores “Herida crónica” y “Calidad de vida”; 2) luego se les solicitó que ordenaran esos términos en una jerarquía de 1 (más importante) a 4 (menos importante); y 3) finalmente se les pidió que explicaran el sentido de cada palabra a través de una breve justificación o texto. El Anexo N.º 2 se utilizó para recoger los datos correspondientes al término “Herida crónica” y el Anexo N.º 3 para los datos vinculados a “Calidad de vida”.

Análisis de los datos

Para abordar los datos sociodemográficos y psicosociales de la muestra se efectuaron análisis estadísticos de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, contando con el apoyo del paquete estadístico SPSS versión 24. Asimismo, para acceder a aspectos específicos de las representaciones sociales bajo estudio se utilizó el software IRAMUTEQ versión 0.7 alpha 2, a partir del cual fue posible realizar diversos análisis del material cualitativo y cuantitativo producido, cuyas especificidades se detallan a continuación.

Análisis prototípico y categorial. Partiendo de la hipótesis de un funcionamiento cognitivo según el cual ciertos términos son movilizados de manera inmediata para expresar una representación, se elaboró una lista de palabras asociadas y se desarrolló un análisis lexicográfico que puso en evidencia el “prototipo” representacional; es decir, su contenido y organización. Para ello se cruzaron dos indicadores estructurales: a) la frecuencia media de evocación (saliencia), entendida como la media aritmética calculada a partir de la sumatoria de las frecuencias obtenidas para cada categoría dividida por el total de ellas, y b) la media de los rangos medios de importancia, entendida como la media ponderada calculada mediante la suma de los rangos medios asignados a cada categoría –producto de la jerarquización de 1 a 4– dividida por el total de estas. A partir del cruce de ambos indicadores se definieron cuatro zonas en las que se otorgaron diferentes grados de centralidad a los componentes representacionales asociados al término inductor, agrupándolos en núcleo central, zona de contraste, primera periferia y segunda periferia (47) (48).

Análisis de similitud. Basado en la teoría de los grafos, este análisis permitió advertir los vínculos existentes entre categorías y avanzar en la identificación de la estructura representacional. Partió del principio de que las representaciones sociales constituyen un conjunto de elementos cognitivos interrelacionados; por lo tanto, no solo su contenido y jerarquía definen su significado. Se calculó un índice de similitud sobre la

base del criterio de co-ocurrencia, es decir, del número de veces que dos elementos fueron evocados conjuntamente. En este marco, se consideró que dos palabras eran cercanas cuando un número importante de sujetos las evocó juntas en la tarea de asociación libre. El análisis exploró las relaciones fuertes de proximidad o semejanza entre pares de elementos para evidenciar la estructura subyacente a la organización representacional y reconocer las conexiones de sentido que establece el grupo. Conforme al principio de que proximidad y semejanza son agentes constitutivos de unidad, se construyó un árbol máximo o árbol de similitud, a través del cual quedaron ilustradas las relaciones entre los elementos de contenido de las representaciones sociales y sus jerarquías respectivas. Este árbol constituye la expresión formal y gráfica del vínculo de incidencia entre los elementos del campo representacional y aporta la conectividad como otro indicador de centralidad, dado que las cogniciones centrales se asocian a un mayor número de elementos en comparación con las periféricas (49).

Nube de palabras. Este tipo de análisis lexical intenta agrupar las palabras y organizar las gráficamente en función de su frecuencia. Se realizó además un análisis lexical de tipo “nube de palabras”, que agrupó los vocablos y los organizó gráficamente en función de su frecuencia de aparición, facilitando una visualización sintética de los términos más utilizados (50).

Análisis de clasificación jerarquizada descendente. Sobre el material textual específico se llevó a cabo un análisis de clasificación jerarquizada descendente, definido como un análisis de clúster que permite clasificar los datos en grupos en función de las semejanzas y desemejanzas en el uso de las palabras por parte de la muestra. Este análisis parte de la premisa de que las palabras no son independientes entre sí, sino que reflejan temas subyacentes. La tesis principal sostiene que todo discurso se expresa a partir de un conjunto de palabras que constituyen unidades de significado, independientemente de su construcción sintáctica; dichas unidades evocan una forma de pensar sobre el objeto al que se refieren. La redundancia de sucesiones de palabras, o la concatenación de términos que componen un discurso, permite localizar los “mundos lexicales” evocados por los enunciadores. En este sentido, el análisis estadístico de los discursos cobra relevancia porque posibilita identificar repeticiones frecuentes de léxicos organizados de modo relativamente estable para referirse a un mismo objeto. En definitiva, se analizó la organización y distribución de las palabras principales co-ocurrentes en los enunciados simples del texto, es decir, la presencia simultánea de varios sustantivos, adjetivos y verbos en un mismo enunciado (51).

Aspectos Éticos

La investigación científica en el ámbito de la salud, como en el presente estudio de pacientes portadores de heridas crónicas, debe regirse por principios éticos sólidos para garantizar el respeto y el bienestar de los participantes involucrados. Algunos aspectos éticos importantes a tener en cuenta son los siguientes:

Consentimiento informado: Antes de incluir a cualquier paciente en el estudio, se tuvo su consentimiento informado de manera voluntaria y libre. Los pacientes recibieron información completa sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios del estudio, y se les dio la oportunidad de hacer preguntas antes de tomar una decisión. Se incluye el modelo de este en el Anexo 4: Hoja de información para participantes y consentimiento informado. La toma de consentimiento fue realizada de forma verbal.

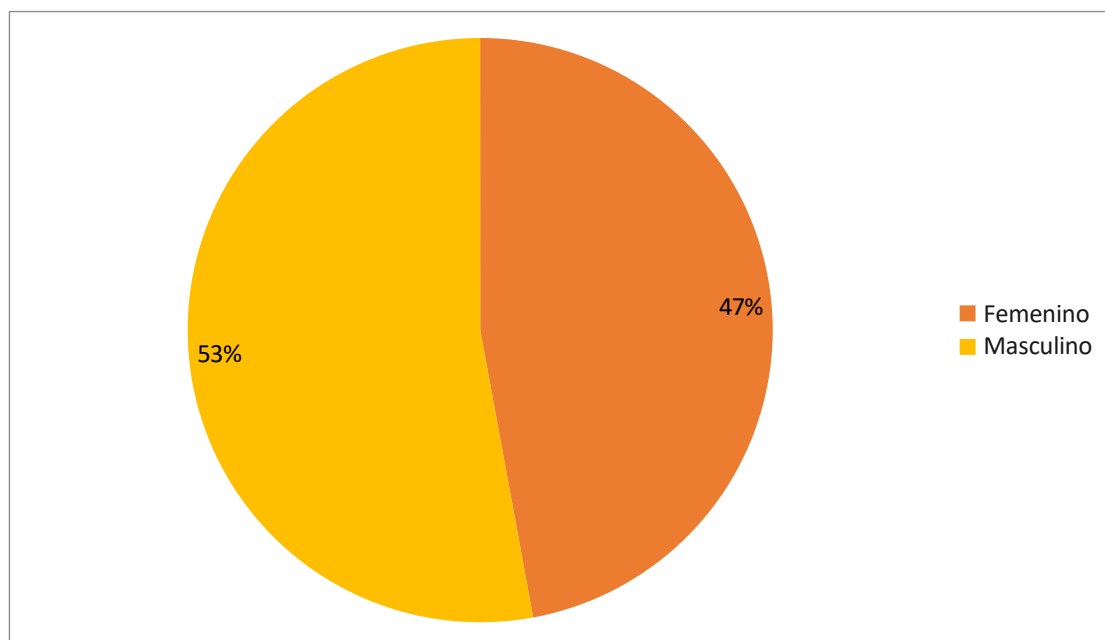
Confidencialidad y privacidad: Los datos recopilados de los participantes fueron tratados de manera confidencial y protegiendo su privacidad. Se garantizó que la información personal no será divulgada sin el consentimiento explícito de los pacientes, y los datos se almacenaron de forma segura para evitar el acceso no autorizado.

ANÁLISIS DE DATOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir del procesamiento de la información recolectada en pacientes portadores de heridas crónicas atendidos en un centro privado de San Miguel de Tucumán y en un consultorio médico de heridas crónicas de un hospital público, en Tafí Viejo, Tucumán. El análisis se realizó de acuerdo con los objetivos del estudio y con la estrategia metodológica prevista, integrando datos sociodemográficos y clínicos de la muestra con el estudio de las evocaciones producidas frente a los términos inductores herida crónica y calidad de vida.

A continuación, se presenta la caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra estudiada, con el propósito de contextualizar a los participantes y reconocer algunas condiciones relevantes para la comprensión de las representaciones sociales analizadas posteriormente. Para ello, se considerarán variables vinculadas al sexo, edad, nivel educativo, estado civil, modalidad de convivencia, etiología de la herida y tiempo de evolución.

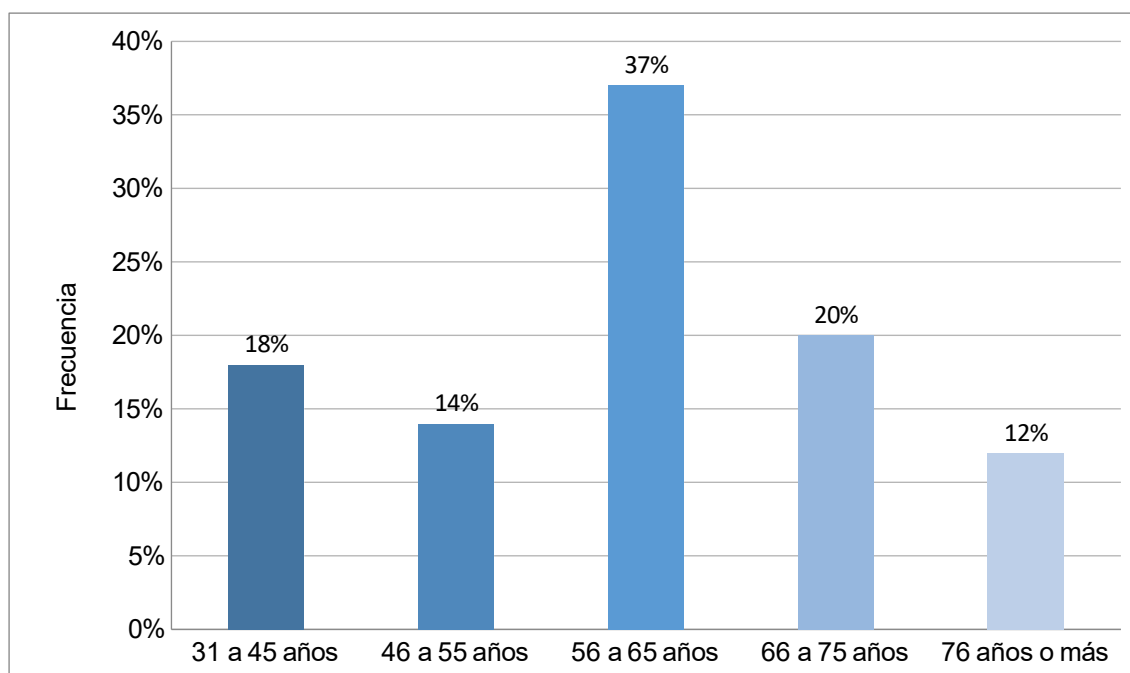
Gráfico N°1. Distribución por sexo.



El gráfico presenta la distribución de la muestra según sexo en el cual se observa un nivel de predominio del sexo masculino, con el 53% de los casos, mientras que el 47% corresponde al sexo femenino.

Estos datos indican que la muestra se encuentra relativamente equilibrada en esta variable, aunque con mayor presencia de varones.

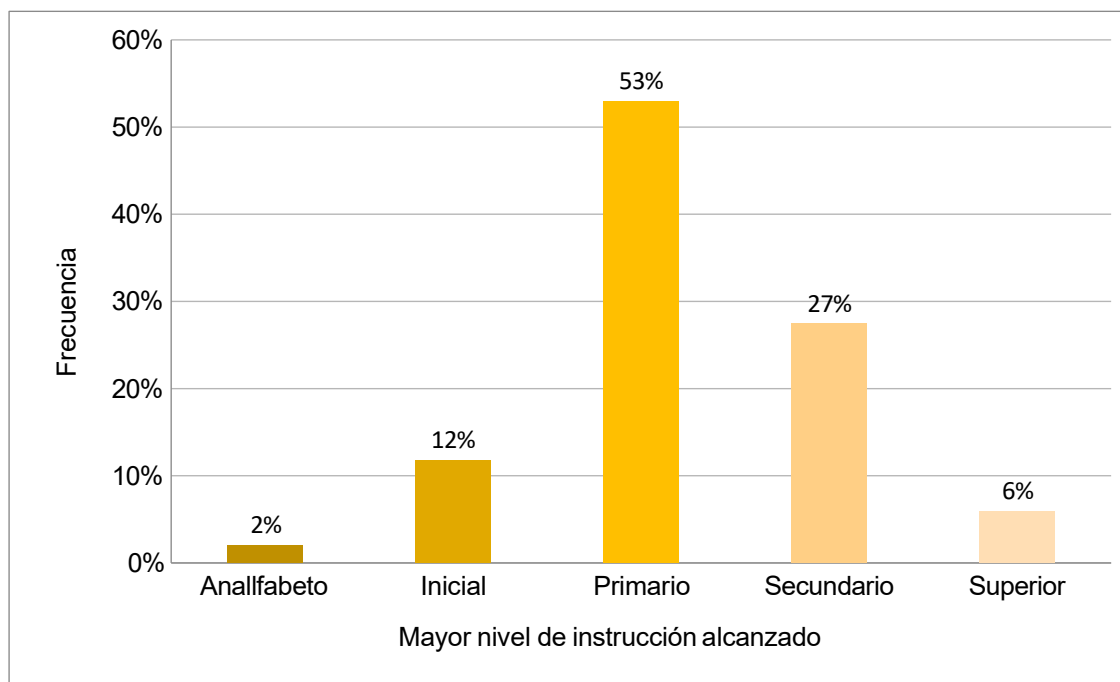
Gráfico N°2. Distribución por edad según grupo etario



El gráfico muestra la distribución de la muestra según grupos etarios. Se observa que el mayor porcentaje de participantes se concentra en el grupo de 56 a 65 años, que reúne el 37% del total. Le siguen los grupos de 66 a 75 años con 20% y de 31 a 45 años con 18%, mientras que los grupos de 46 a 55 años y de 76 años o más representan el 14% y el 12%, respectivamente. Asimismo, no se registraron participantes entre 18 y 30 años.

En conjunto, estos datos indican que la muestra está compuesta predominantemente por adultos y adultos mayores, lo que resulta consistente con las características clínicas de los pacientes portadores de heridas crónicas incluidas en el estudio.

Gráfico N°3. Nivel de instrucción alcanzado



El gráfico presenta la distribución de la muestra según el mayor nivel de instrucción alcanzado. Se observa un claro predominio del nivel primario, que reúne al 53% de los participantes, seguido por el nivel secundario con 27%. En menor proporción se registran el nivel inicial con 12%, el nivel superior con 6% y el analfabetismo con 2%.

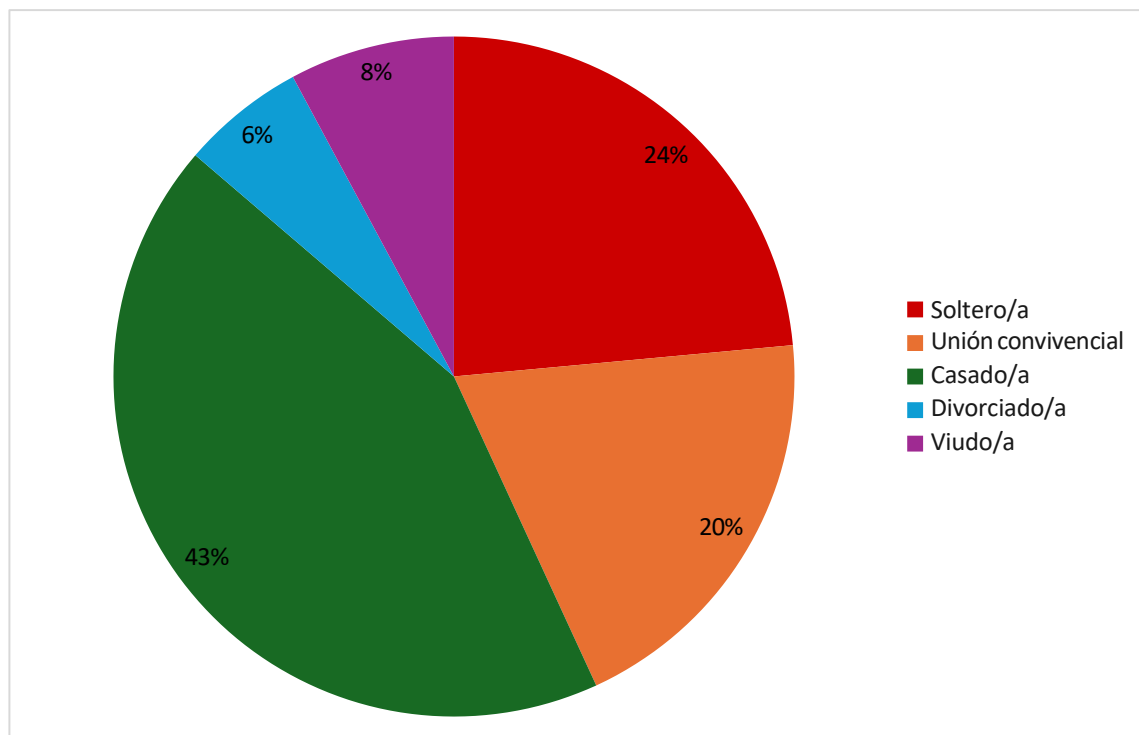
Estos resultados permiten anunciar que la muestra se caracteriza mayormente por niveles educativos bajos y medios. Este dato resulta relevante para el estudio, ya que el nivel de instrucción forma parte de las variables sociodemográficas contempladas para analizar diferentes diferencias en las representaciones sociales sobre la herida crónica y la calidad de vida.

El perfil sociodemográfico observado que identifica un predominio de adultos y adultos mayores con bajo nivel de instrucción, se corresponde con el tipo de población que la literatura identifica como más afectada por las heridas crónicas y su impacto en la calidad de vida. En el marco teórico se señala que la cronicidad de estas lesiones se encuentra estrechamente ligada a un perfil de vulnerabilidad compuesto por edad avanzada, bajo nivel educativo y escasos recursos para afrontar el tratamiento (19).

En este sentido, los datos de la muestra no solo se describen a los participantes, sino que sitúan sus representaciones sociales de la herida y de la calidad de vida en un contexto de fragilidad socioeconómica que puede influir en cómo interpretan la

enfermedad y sus posibilidades de recuperación, tal como sugiere el enfoque socioposicional de las representaciones sociales.

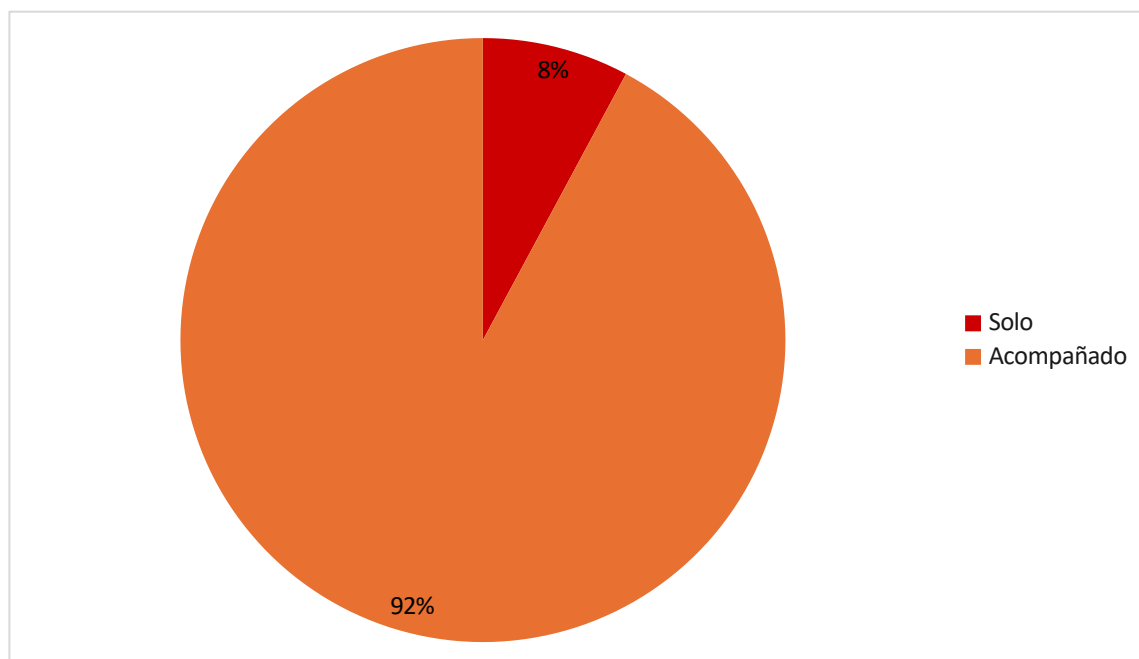
Gráfico N°4. Estado civil



El gráfico presenta la distribución de la muestra según estado civil. Se observa un predominio de participantes casados/as, quienes representan el 43% del total. En segundo lugar, se encuentran los solteros/as con 24%, seguidos por quienes se encuentran en unión convivencial con 20%. Por su parte, los participantes viudos/as y divorciados/as constituyen proporciones menores, con 8% y 6%, respectivamente.

Estos datos muestran que la muestra se compone mayormente de personas con vínculos de pareja formales o estables, aspecto que resulta relevante al considerar la red de apoyo cercano y su posible incidencia en la experiencia de la herida crónica y en la percepción de la calidad de vida.

Gráfico N°5. Convivencia



El gráfico presenta la distribución de la muestra según situación de convivencia. Se observa un claro predominio de pacientes que viven acompañados, quienes representan el 92% del total, frente a un 8% que manifiesta vivir solo. Estos resultados muestran que la gran mayoría de los participantes cuentan con algún tipo de convivencia cotidiana con otras personas.

Este hallazgo resulta relevante para el estudio, ya que la situación de convivencia constituye una variable sociodemográfica de interés y puede incidir en las formas de afrontamiento de la enfermedad, en el acceso al cuidado y en la construcción de representaciones sociales sobre la herida crónica y la calidad de vida.

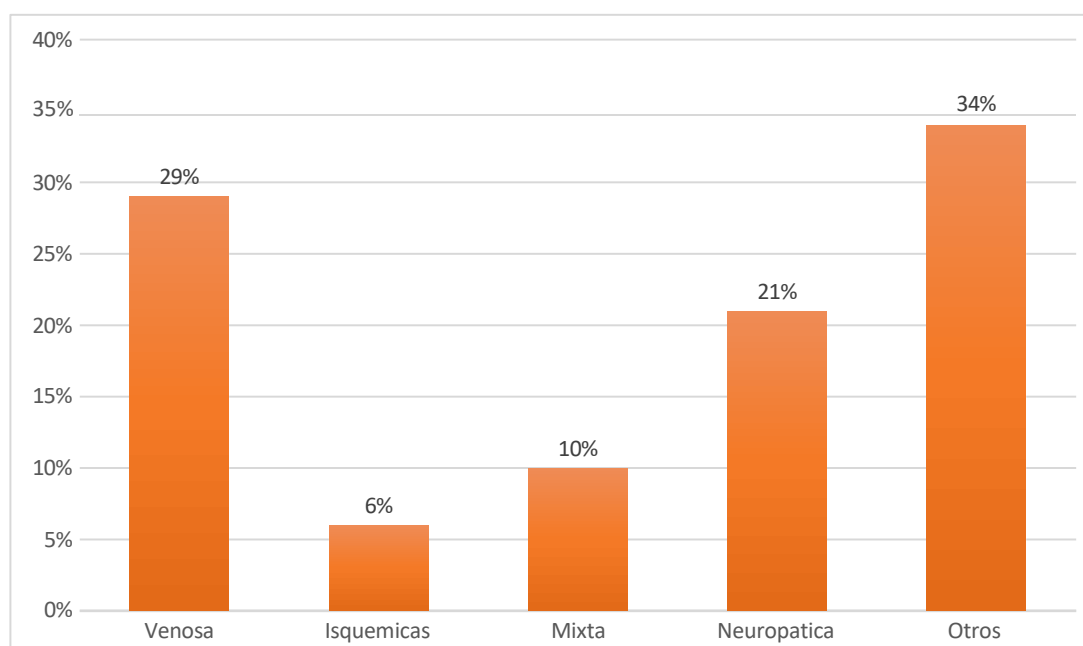
La elevada proporción de participantes que conviven con otras personas sugiere la presencia de redes de apoyo cercanas en la vida cotidiana. En el marco teórico se destaca que la experiencia de vivir con una herida crónica está fuertemente modulada por factores sociales como el aislamiento y el apoyo familiar, los cuales se relacionan con la evolución percibida y la adherencia terapéutica (33).

Desde el modelo biopsicosocial de Engel, la enfermedad se comprende como el resultado de la interacción entre procesos biológicos, psicológicos y sociales, de modo que estas redes pueden actuar como recurso para afrontar el dolor, las limitaciones funcionales y las demandas de cuidado continuo (30). Al mismo tiempo, la literatura cualitativa advierte que la dependencia en las actividades diarias suele vivirse como una

amenaza a la autonomía y al rol social del paciente, generando sentimientos de carga familiar y retraimiento social (31).

En este contexto, la convivencia adquiere un carácter ambivalente: constituye una fuente potencial de sostén, pero también un escenario donde pueden construirse significados de dependencia que impactan en la calidad de vida.

Gráfico N°6. Etiología de la herida

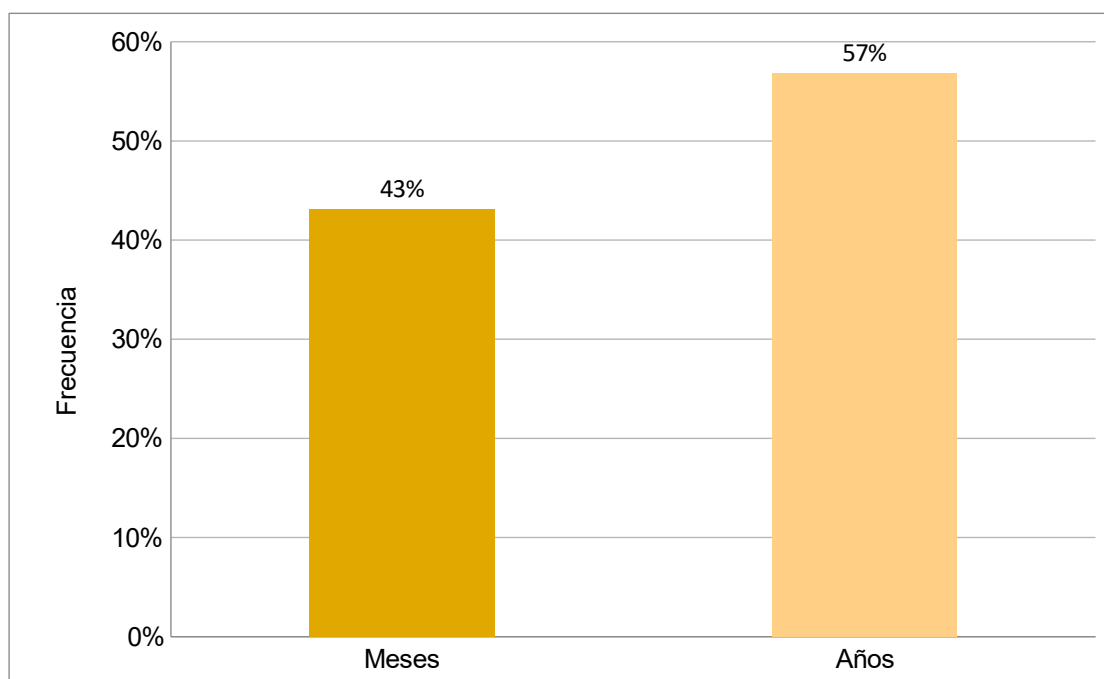


El gráfico presenta la distribución de la muestra según la etiología de la herida. Se observa un predominio de la categoría "Otros", que representa el 34% de los casos. Esta categoría agrupa diagnósticos menos frecuentes, pero de alta complejidad clínica, incluyendo lesiones postraumáticas, vasculitis, post infecciosas, linfedema, lesiones por presión (LPP), etc. En segundo lugar, se destacan las heridas de etiología venosa, con el 29% de la muestra, seguidas por las úlceras neuropáticas con un 21%. En menor proporción se registran las heridas de etiología mixta, que alcanzan el 10%, y finalmente las heridas isquémicas, que representan el 6% del total estudiado.

Esta distribución evidencia la marcada heterogeneidad clínica de la muestra. Si bien la categoría "Otros" concentra la mayor proporción de casos, agrupando patologías complejas y lesiones por presión (30), al observar las patologías primarias individuales, se destacan las lesiones venosas y neuropáticas. Esto resulta coherente con la caracterización etiológica presentada en el marco teórico, donde la literatura señala a las

úlceras venosas como la causa predominante en extremidades inferiores (28), seguidas por el peso clínico de las úlceras de pie diabético asociadas a neuropatía (29). La convergencia entre esta diversidad diagnóstica y los antecedentes teóricos refuerza la importancia de analizar las representaciones sociales en pacientes que enfrentan cuadros de alta complejidad y cronicidad.

Gráfico N°7. Tiempo de evolución de la herida



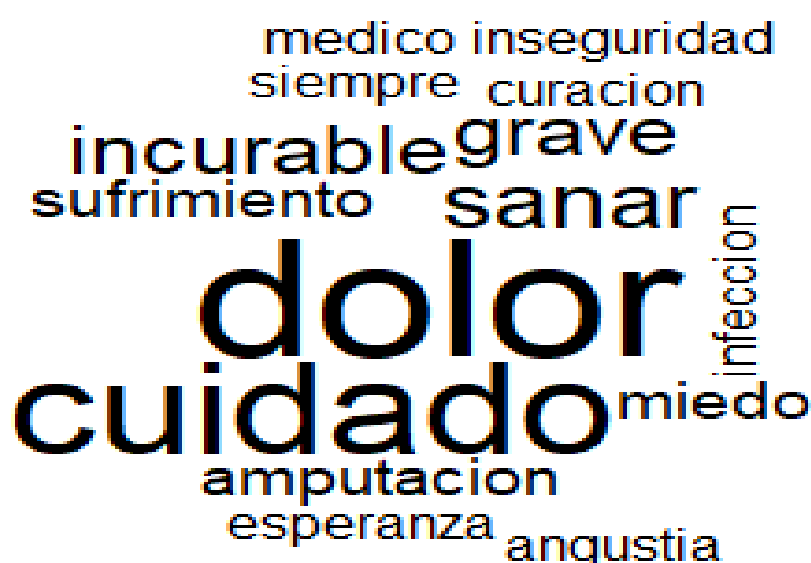
El gráfico muestra la distribución de la muestra según el tiempo de evolución de la herida, diferenciando los casos expresados en meses y en años. Se observa un predominio de pacientes con heridas de evolución en años, que representan el 57% del total, mientras que el 43% restante corresponde a heridas con evolución en meses.

En términos descriptivos, las heridas expresadas en meses presentaron una evolución entre 2 y 11 meses, con una media de 4,81 meses. Por su parte, las heridas expresadas en años oscilaron entre 1 y 31 años, con una media de 6,55 años de evolución.

El predominio de heridas cuya evolución se mide en años evidencia un grado avanzado de cronicidad y refractariedad al tratamiento, que va más allá del umbral de seis semanas utilizado para diferenciar las heridas crónicas de las agudas. Tal como señalan Perdomo Pérez et al., la prolongación del proceso de cicatrización se asocia a

un deterioro progresivo de la calidad de vida, especialmente en las dimensiones física, social y emocional (30). Del mismo modo, la revisión de Contreras et al. muestra que la persistencia del dolor, el exudado y el mal olor en lesiones de larga evolución actúa como disparador de representaciones sociales negativas sobre el cuerpo lesionado (19).

Gráfico N°8. Nube de palabras: Herida Crónica



La Figura presenta la nube de palabras construida a partir de las evocaciones de los pacientes frente al término inductor "**herida crónica**". A simple vista, el universo semántico se encuentra fuertemente estructurado en torno a dos dimensiones contrastantes pero inseparables en la experiencia del paciente: el padecimiento físico y la necesidad de gestión terapéutica. En el centro neurálgico de la representación, destacan por su tamaño y frecuencia los términos dolor y cuidado. Esto evidencia que, para los participantes, la condición se define primordialmente por un malestar constante que exige una atención ininterrumpida.

Alrededor de este núcleo dual orbitan vocablos que profundizan en la severidad y la carga emocional de la enfermedad, las palabras como "sufrimiento", "grave" e "incurable" conforman un anclaje decididamente negativo. Así, evocaciones periféricas como angustia, miedo, el riesgo de infección, la inseguridad y el temor a una amputación reflejan la extrema vulnerabilidad que atraviesa la cotidianidad y la imagen corporal de estas personas.

No obstante, frente a este escenario de desgaste, emerge un claro contrapeso semántico ligado a la voluntad de restitución de la salud. La contundencia del término cuidado se complementa con un halo de expectativa proyectado a través de palabras como sanar, curación, la figura del médico y, principalmente, la esperanza.

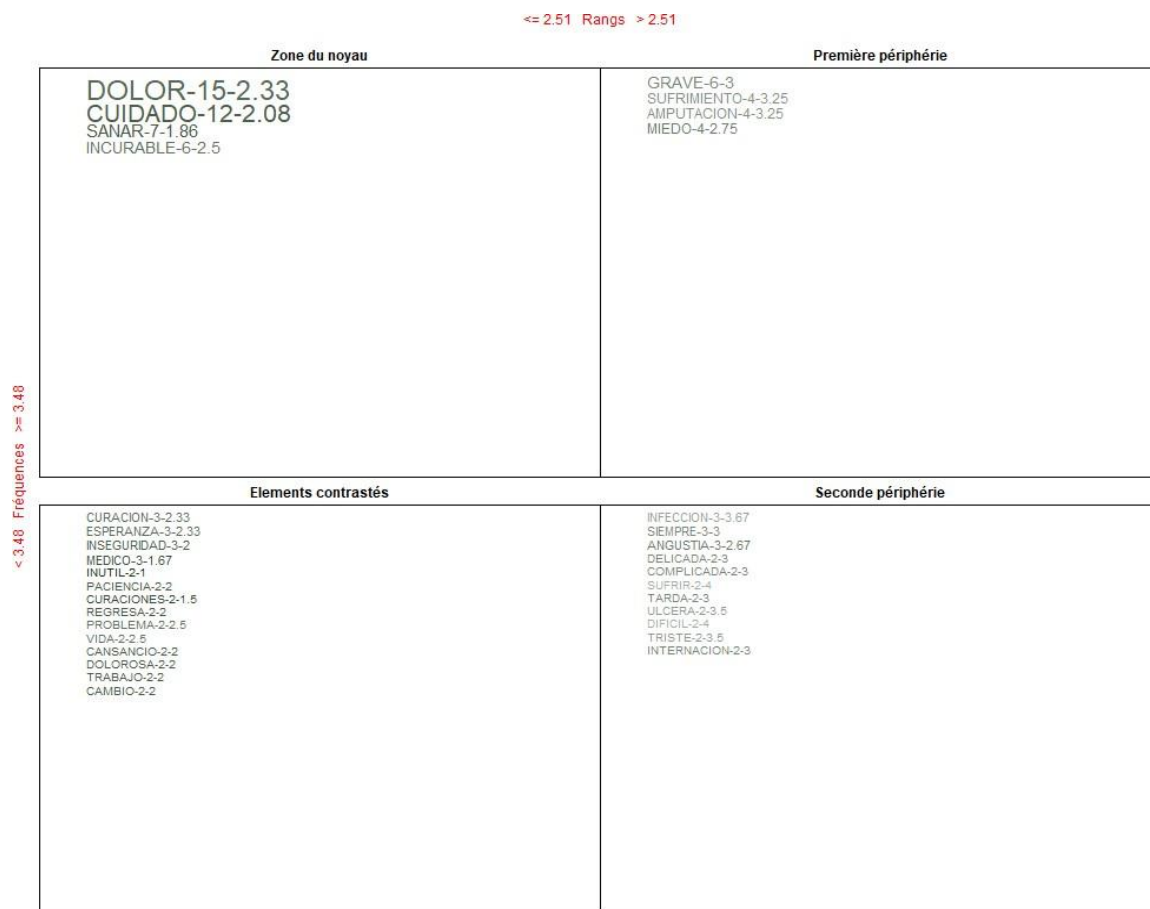
Esta configuración léxica dialoga directamente con lo desarrollado en el marco teórico sobre heridas crónicas y calidad de vida. La centralidad del “dolor” confirma lo señalado por Perdomo Pérez et al., quienes identifican este síntoma como el predictor más consistente de deterioro en el CVRS de los pacientes con heridas crónicas (30).

A su vez, la presencia de términos como mal olor, infección o amputación, ubicados en posiciones periféricas pero de fuerte carga simbólica, coinciden con los hallazgos de Melguizo-Herrera et al. acerca del impacto del exudado y el aspecto de la herida en la vergüenza corporal y el aislamiento social (31).

Desde la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (11), estos signos clínicos funcionan como elementos objetivados que condensan significados negativos sobre el cuerpo lesionado. Al mismo tiempo, la aparición reiterada de cuidado, sanar y esperanza muestra que la representación no se limita a la resignación frente a lo incurable, sino que integra una dimensión de búsqueda activa de atención y restitución, coherente con el carácter multidimensional de la experiencia.

En este estudio, la larga duración de las heridas constituye, por tanto, un contexto clave para interpretar las evocaciones sobre “herida crónica” que se analizan mediante el enfoque prototípico de Vergés. Frente a ello tras un proceso de lematización que permitió agrupar variantes morfológicas y semánticas de una misma raíz, se establecieron los puntos de corte para la conformación del cuadrante. Se consideró como alta frecuencia aquellas evocaciones mencionadas 3 o más veces, mientras que el punto de corte para el Rango Medio de Evocación (RME) se estableció en 2,64.

Gráfico N°9. Cuadrante de Vergés: Herida Crónica



Nota: Los valores a la derecha de las palabras indican la frecuencia y el rango medio de evocación, respectivamente.

El Núcleo Central, que concentra las cogniciones más estables, compartidas y resistentes al cambio, evidenció una fuerte dualidad en el sistema de creencias de los pacientes. Por un lado, la representación se ancla fuertemente en la dimensión del padecimiento orgánico y la dependencia, estructurada por los términos “dolor” (f=17; rme=2,29) y “cuidado” (f=14; rme=2,14), los cuales constituyen los elementos más salientes de la estructura. Al mismo tiempo, coexisten dentro del núcleo nociones opuestas vinculadas a la cronicidad clínica como ser: “incurable”, “inseguridad” frente al anhelo terapéutico: “sanar”, “curación”, “médico”, “esperanza”. Esto demuestra que la herida crónica se representa simultáneamente como un padecimiento persistente y como un proceso de atención que genera expectativas de resolución.

En la **Primera Periferia**, que cumple la función de anclar el núcleo en la realidad cotidiana de los sujetos, predominan elementos fuertemente afectivos y amenazas vitales. Los pacientes integraron términos como “grave”, “miedo”, “sufrimiento”,

“angustia” y el temor explícito a la “amputación”. Esta zona confirma que la dimensión emocional es fundamental en el afrontamiento diario y subraya la carga psicosocial de convivir constantemente: “siempre” con el riesgo de complicaciones: “infección”.

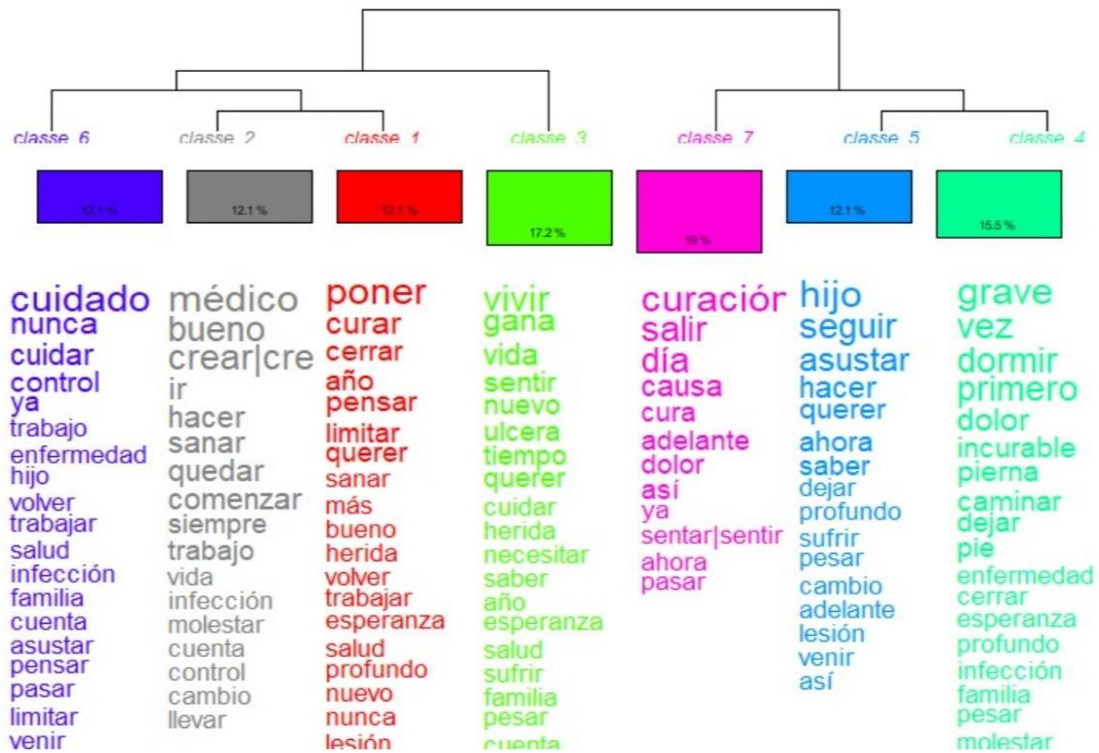
La **Zona de Contraste** revela cogniciones de baja frecuencia, pero alta jerarquía para un subgrupo específico de la muestra. Aquí asoman sentidos vinculados al quiebre de la cotidianeidad y la pérdida de funcionalidad, expresados en términos como “inútil”, “imposibilitada”, “cansancio”, “trabajo” y “cambio”.

Finalmente, la **Segunda Periferia** ratifica las descripciones del cuadro clínico y su duración temporal, incorporando atributos como “delicada”, “complicada”, “tarda” y “difícil”. Este conjunto de datos referidos a las evocaciones demuestra que la herida crónica no se representa únicamente como un daño orgánico o biomédico (úlceras), sino fundamentalmente como una experiencia estructurada por el dolor permanente, la dependencia continua de cuidados, el temor a las secuelas graves (amputación) y la constante oscilación emocional entre la angustia por lo incurable y la esperanza de sanar.

A partir del análisis de clasificación jerárquica descendente, se identifican siete clases léxicas que conforman dos grandes campos semánticos. El primero se relaciona íntimamente con la gestión práctica de la patología (el cuidado, el control clínico y el tratamiento), mientras que el segundo refleja la crudeza de la vivencia subjetiva, marcada por el dolor, la percepción de gravedad y el impacto psicológico. En conjunto, estas agrupaciones muestran cómo la herida crónica irrumpe en la cotidianidad, transformando no solo el cuerpo, sino también la biografía y los vínculos del paciente.

Gráfico N° 10

Dendrograma de clases léxicas: Herida Crónica



Como puede observarse en el dendrograma resultante, el discurso de los pacientes se ramifica de izquierda a derecha, agrupando las palabras según su nivel de asociación. Para comprender en profundidad esta topografía de significados, a continuación, se desglosa el contenido de cada una de estas siete clases siguiendo la estructura visual del gráfico:

Comenzando por el extremo izquierdo, se identifica la Clase 6 – Cuidado y control cotidiano (12,1%). Este primer grupo reúne evocaciones como *cuidado*, *control*, *salud*, *infección* y *familia*. A través de estos términos, los pacientes expresan que conviven con una úlcera que exige una vigilancia constante y una fuerte responsabilidad individual. La necesidad imperiosa de "cuidarse" refleja cómo interiorizan las pautas médicas para evitar complicaciones graves, como las infecciones. A su vez, la aparición de la familia demuestra que este esfuerzo diario no se vive en soledad, sino que requiere de una red de apoyo fundamental para sostener el tratamiento a largo plazo.

Estrechamente ligada a la gestión de la enfermedad se encuentra la Clase 2 – Relación con el sistema de salud (12,1%) , que destaca el rol de los profesionales a través de palabras como *médico, sanar, ir, hacer y control*. El discurso evidencia una dinámica de atención basada en la reiteración de consultas y una marcada dependencia del saber clínico. Los pacientes se ubican en una posición receptiva, donde la rutina de "ir" al consultorio y "hacer" lo indicado se percibe como el único camino viable y estructurado para alcanzar la sanación.

Completando esta primera gran rama semántica aparece la Clase 1 – Proceso de curación y expectativa (12,1%). En contraste con el peso de la cronicidad, surge aquí un léxico fuertemente orientado hacia el futuro (curar, *cerrar, esperanza, herida, trabajar*). Se hace visible una profunda tensión psicológica: por un lado, los sujetos reconocen las severas limitaciones de su herida, pero por otro, se aferran a la "esperanza" de que la lesión finalmente cierre. Esta expectativa de recuperación no es solo un deseo orgánico, sino un horizonte simbólico que les permitiría retomar su normalidad y regresar al ámbito laboral.

Avanzando hacia el centro del grafo emerge la Clase 3 – Reconfiguración de la vida (17,2%) . Siendo una de las agrupaciones más representativas, su vocabulario (*vida, vivir, sentir, nuevo, tiempo, familia*) ilustra el fuerte impacto biográfico de la afección. La úlcera no es vista apenas como un daño físico, sino como un punto de inflexión que obliga a la persona a reorganizar sus ritmos y prioridades. Denota un proceso reflexivo donde el paciente debe adaptarse a una "nueva" vida, integrando aprendizajes y resignificando su propia existencia junto a su entorno afectivo.

Ya en la rama derecha del dendrograma se ubica la Clase 7 – Experiencia del dolor y tratamiento (19%). Esta es la clase con mayor peso estadístico en el corpus y concentra el núcleo más crudo de la representación: el padecimiento inmediato. Mediante palabras como *dolor, curación, día, sentir y salir*, los testimonios reflejan el profundo desgaste del "día a día". El sufrimiento físico y los reiterados procedimientos de curación se entrelazan de forma constante, revelando una rutina estancada en el malestar incesante y en la urgencia de salir adelante a pesar del dolor persistente.

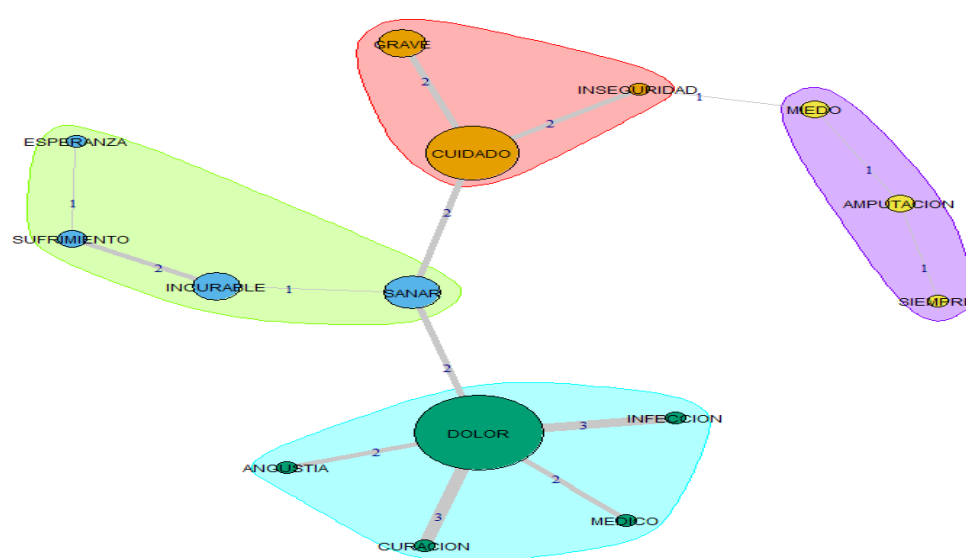
Desde una vertiente más íntima se desprende la Clase 5 – Impacto emocional y afrontamiento (12,1%). Este grupo (*hijo, asustar, sufrir, pensar, cambiar, seguir*) aborda el desgaste psicológico de la lesión. La enfermedad genera miedo, sufrimiento y preocupación constante, afectando directamente a los vínculos primarios. Sin embargo,

frente a ese susto y al cambio forzado de vida, emergen estrategias claras de resiliencia: la necesidad de "seguir" y "pensar" en el bienestar de la familia actúa como el principal motor anímico para no claudicar.

Finalmente, en el extremo derecho, el discurso retorna a la dimensión clínica desde sus aristas más críticas con la Clase 4 – Gravedad y deterioro físico (15,5%) . Términos como *grave*, *dolor*, *incurable*, *pierna*, *infección* y *caminar* exponen el deterioro funcional y la angustia por las limitaciones motoras. La aparición de la palabra "incurable" es clave, ya que consolida una imagen amenazante y sombría de la enfermedad, ligada intrínsecamente a la pérdida de movilidad y la frustración de sentir que la herida escapa a cualquier intento de resolución definitiva.

Para profundizar en la organización interna de la representación social sobre la herida crónica, se procedió a realizar un análisis de similitud (Degenne y Vergés, 1973) fundamentado en la teoría de los grafos. Este análisis permite visualizar la estructura de co-ocurrencias, identificando cómo las distintas cogniciones se conectan y asocian en el discurso de los participantes.

Gráfico N°11. Análisis de similitud: Herida Crónica



El gráfico resultante corrobora y amplía los hallazgos del cuadrante prototípico. Se identifican tres grandes ejes o agrupaciones de sentido. El primer eje, y el más

robusto, tiene como vértice central al término “dolor”, el cual actúa como organizador principal de una constelación de sentidos que lo vinculan de manera directa con “infección”, “médico”, “curación” y “angustia”. Esta conectividad confirma que el dolor no se experimenta de forma aislada, sino como el motor que desencadena tanto el sufrimiento emocional como la búsqueda de asistencia clínica.

Un segundo eje se estructura en torno a la expectativa terapéutica, conectando las evocaciones “esperanza”, “sufrimiento”, “incurable” y “sanar”. Este agrupamiento refleja visualmente la tensión previamente señalada: el anhelo de resolución convive de manera estrecha con el reconocimiento de la cronicidad y el padecimiento continuo. A su vez, este bloque se vincula mediante el nodo “sanar” con un tercer eje organizado alrededor del término “cuidado”, el cual aparece conectado a “grave” e “inseguridad”, evidenciando que las prácticas de atención sostenidas en el tiempo se asocian a la percepción de vulnerabilidad.

Finalmente, se observa un ramal periférico, pero de alta intensidad simbólica que une los términos “miedo”, “amputación” y “siempre”. Esta secuencia cristaliza el temor persistente de los pacientes frente al empeoramiento de su cuadro clínico y la posibilidad de pérdida de un miembro, conformando una dimensión fundamental en la experiencia de convivir crónicamente con la lesión.

Desde la perspectiva estructural de las representaciones sociales, el análisis de similitud permite visualizar no solo qué elementos están presentes, sino cómo se articulan entre sí en la memoria social de los pacientes (48). La centralidad relacional del dolor como nodo que enlaza dimensiones clínicas y emocionales es coherente con la revisión de Contreras et al., donde este síntoma aparece como eje organizador del deterioro de la calidad de vida en personas con heridas crónicas (19).

A su vez, el encadenamiento miedo–amputación–siempre se vincula con los aportes sobre el estigma asociado al cuerpo lesionado y con trabajos que describen la amputación como una amenaza extrema para la autonomía y la identidad corporal (37). En conjunto, la estructura del grafo refuerza que la herida crónica se vive como un proceso simultáneo de sufrimiento físico, vulnerabilidad social y búsqueda de cuidado, lo que justifica la necesidad de abordajes integrales centrados en la experiencia del paciente (30) (33).

Para comprender en profundidad los significados subjetivos que los pacientes asignan a la herida crónica, se procedió a analizar las **justificaciones verbales** correspondientes a los términos más frecuentes e importantes (núcleo central y primera periferia), de acuerdo con la propuesta de Abric (47). Este abordaje cualitativo permite identificar la doble valencia y la carga vivencial que esconden las palabras evocadas.

En el núcleo central, el término más saliente fue el “dolor”. Las justificaciones de los pacientes revelan que no se trata de un síntoma aislado, sino de una experiencia invasiva que altera drásticamente el descanso y la movilidad. Expresiones como “porque hubo noches en que no dormía”, “porque le causa dolores en el pie” y la mención explícita al temor a “los dolores y a la inestabilidad al caminar” demuestran que el padecimiento físico es el principal factor desorganizador de la cotidianeidad.

En estrecha relación aparece el término “cuidado”. Sin embargo, en el discurso de los pacientes, el cuidado no se percibe únicamente como una práctica terapéutica positiva, sino también como una exigencia continua y, en ocasiones, como una fuente de dependencia. A esto se suma el elemento “incurable”, justificado desde el agotamiento y la persistencia temporal: “porque siempre vuelven”, “porque va a estar abierta hasta la muerte” y “no se cura”. Esta percepción de cronicidad perpetua se contrapone directamente con el anhelo de “sanar” y con la “esperanza”, que son sostenidos simbólicamente mediante la fe: “porque es muy creyente y confía en que va a mejorar” y la necesidad de retomar roles previos: “es la esperanza de recuperarse para cumplir con el trabajo”.

Por su parte, los elementos de la primera periferia —que anclan la representación en la realidad inmediata del paciente— muestran un panorama dominado por la amenaza. El término “grave” es significado no solo por las características anatómicas de la lesión: “porque es demasiado grande y profunda”, sino por su resistencia al tratamiento: “porque tarda mucho tiempo”, “porque no es fácil el tratamiento”.

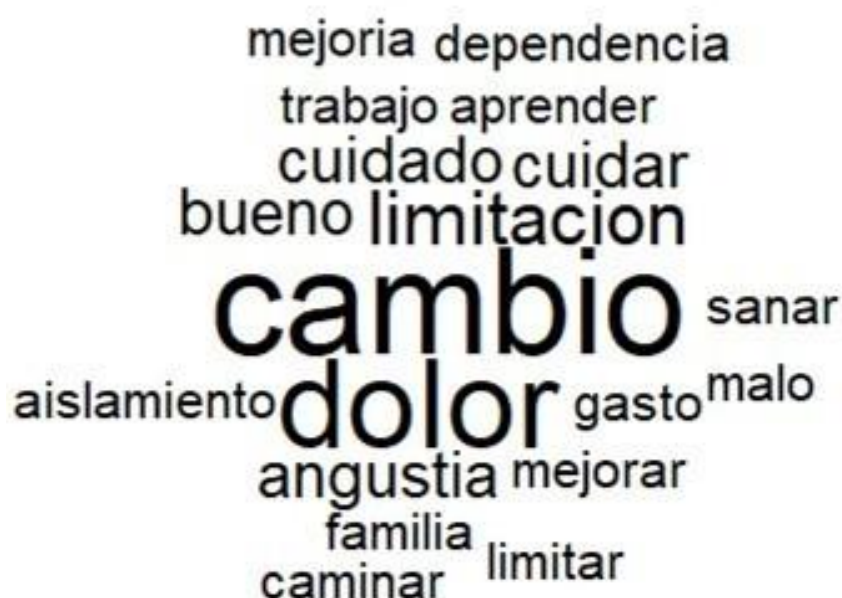
Particularmente relevante resulta el análisis de la palabra “amputación”, la cual expone sentidos ambivalentes. Para algunos pacientes, representa el mayor de los temores asociado a la pérdida de autonomía: “si no lo supera pueden amputarlo, se sentiría inútil y se creería una carga”, “porque toda la vida le temió a la amputación”. No obstante, para un subgrupo específico, la amputación se significa paradójicamente como una solución extrema frente al dolor intolerable: “porque ahora dejo de sufrir por el

dolor. Gracias a ello, ahora va a poder trabajar y salir adelante”. Finalmente, el término “miedo” condensa la vivencia general de convivir con la lesión, anclándose en la imposibilidad de proyectar el futuro: “por la incertidumbre a superar el cuadro” y el temor “de vivir toda la vida con esta úlcera”.

Estas justificaciones evidencian que las representaciones sociales de la herida crónica se construyen sobre una experiencia de alteración biográfica profunda, donde el cuerpo lesionado es fuente de sufrimiento físico (dolor), amenaza constante (amputación, infección) y encierro social (inutilidad, dependencia), sostenido únicamente por la expectativa intermitente de la curación.

Una vez analizada la representación social de la enfermedad, se procedió a estudiar el término inductor “**Calidad de vida**”, aplicando los mismos análisis.

Gráfico N°12. Nube de palabras: Calidad de Vida



La Figura ilustra la nube de palabras generadas a partir del término inductor calidad de vida, la cual evidencia que el universo semántico se desplaza hacia el impacto multidimensional que la lesión ejerce sobre la cotidianidad del paciente. En el centro neurálgico de esta red léxica destacan, por su tamaño y recurrencia, los términos cambio y dolor. Esto revela que, para los participantes, la calidad de vida está intrínsecamente atravesada por una alteración profunda de su normalidad previa, donde la persistencia del dolor actúa como el principal catalizador de dicha ruptura.

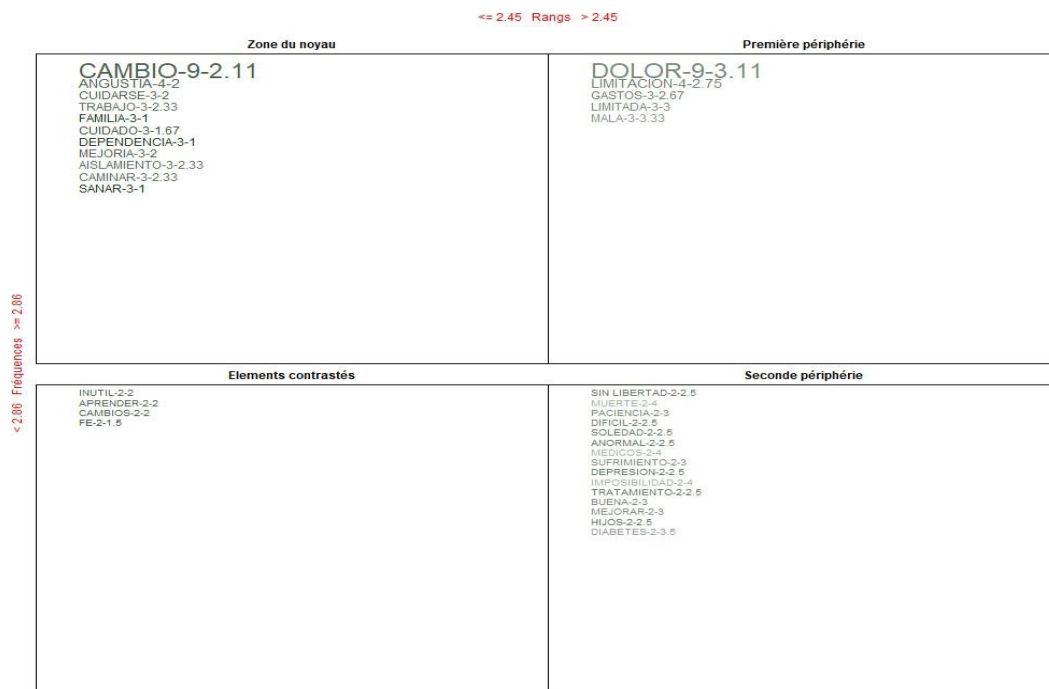
Alrededor de este núcleo emerge una constelación de palabras que describen de forma vívida las restricciones psicosociales y físicas que imponen la cronicidad. Términos como limitación y limitar se asocian estrechamente con la pérdida de autonomía, evidenciada en evocaciones concretas como la dificultad para caminar o sostener un trabajo. Esta merma funcional desencadena un anclaje emocional negativo, manifestado a través de la angustia, el sentimiento de aislamiento social, la dependencia hacia terceros y la percepción de un estado general catalogado como malo. Asimismo, la aparición del vocablo gasto introduce la dimensión económica, subrayando la carga financiera que el tratamiento sostenido representa para el paciente y su entorno.

Sin embargo, frente a este panorama de vulnerabilidad, la representación social también da lugar a una dimensión adaptativa y resiliente. Términos periféricos pero significativos como familia, cuidado y cuidar demuestran que las redes de apoyo y el autocuidado son pilares fundamentales para sostener el bienestar. Esta agencia del paciente se proyecta hacia un horizonte optimista a través de vocablos como mejoría, mejorar, sanar y la disposición a aprender a convivir con la herida, buscando retornar a un estado percibido como bueno.

Esta configuración semántica es coherente con los modelos de calidad de vida relacionados con la salud que sitúan el impacto de la enfermedad en un continuo entre síntomas, funcionamiento y percepción subjetiva (40) (42). El protagonismo del cambio y de las limitaciones confirma que, en el contexto de las heridas crónicas, el CV se define menos por indicadores abstractos de bienestar y más por la ruptura de la autonomía cotidiana, tal como señalan Perdomo Pérez et al. al vincular la reducción de movilidad y el dolor con el deterioro de la CVRS (30).

Asimismo, la referencia a gastos y dependencia dialoga con los estudios latinoamericanos que destacan la influencia del nivel socioeconómico y de la precariedad financiera en la percepción de calidad de vida en personas con heridas crónicas (16) (19). La presencia de familia, cuidado y aprender introducen, no obstante, una dimensión de afrontamiento y reconstrucción del bienestar, consistente con la idea de que los factores contextuales y las redes de apoyo modulan la evaluación que el sujeto realiza de su propia vida (41) (33).

Gráfico N°13. Cuadrante de Vergés: Calidad de Vida



Nota: Los valores a la derecha de las palabras indican la frecuencia y el rango medio de evocación, respectivamente.

El análisis del **Núcleo Central** revela que, para los pacientes portadores de heridas crónicas, la calidad de vida no se asocia primariamente a conceptos abstractos de bienestar, sino a la modificación forzada de su cotidianeidad y a la pérdida de autonomía. El término más saliente es “cambio” (f=9; rme=2.11), acompañado por una densa red de elementos que connotan la restricción y el padecimiento psicoemocional: “angustia”, “dependencia” y “aislamiento”. Asimismo, dentro del núcleo coexisten dimensiones vinculadas al anhelo de recuperación de la normalidad funcional y social, expresadas en términos como “trabajo”, “familia”, “caminar”, “mejoría” y “sanar”. La presencia en el núcleo de estos términos refleja la importancia de los roles sociales y de la participación en la vida cotidiana, aspecto destacado por los modelos de calidad de vida como componente central del bienestar subjetivo (42) (40). Esta configuración demuestra que la calidad de vida se experimenta desde el contraste entre la privación actual y el deseo de recuperar las capacidades perdidas.

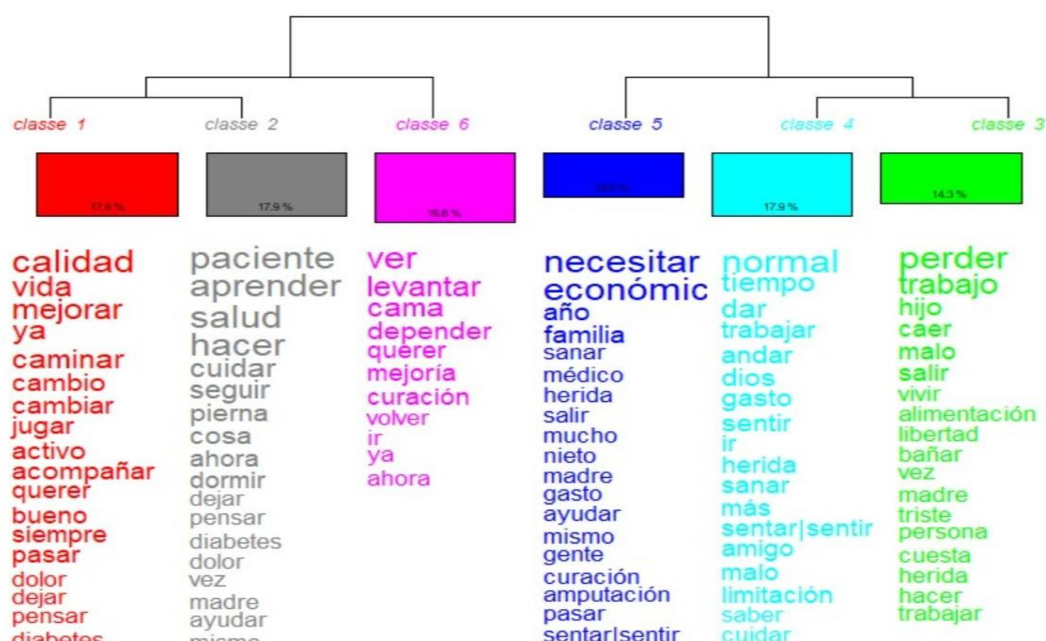
La **Zona de Contraste** agrupa términos de menor frecuencia, pero alta importancia para un grupo específico de la muestra. Aquí aparecen nociones que evidencian el impacto sobre la autoimagen: “inútil”, la necesidad de adaptación: “aprender”, “cambios” y el sostén espiritual o emocional: “fe”. Esta agrupación sugiere

que algunos participantes focalizan la pérdida de calidad de vida en la frustración personal y la reeducación frente a la nueva realidad impuesta por la enfermedad. La estructura prototípica obtenida se ajusta al enfoque estructural de las representaciones sociales, donde el núcleo central concentra los significados más estables y normativos. Que cambio, dependencia y aislamiento ocupan esta posición sugiere que la CV, para estos pacientes, se define ante todo por la ruptura biográfica y la pérdida de autonomía, en sintonía con los estudios que describen la discapacidad funcional y la dependencia de terceros como ejes del deterioro de la CVRS en heridas crónicas (30).

En la **Primera Periferia**, que conecta el núcleo con las experiencias concretas del día a día, el concepto más fuerte es “dolor” ($f=9$; $rme=3.11$). Aunque presenta una frecuencia muy alta, su rango de evocación mayor a 2.45 lo ubica en esta zona. Este lugar periférico del dolor indica que el sufrimiento físico se integra a un entramado más amplio de limitaciones sociales y económicas, reforzando la idea de que la calidad de vida no se agota en la dimensión clínica del síntoma (31). Esta área se completa con las consecuencias directas de la patología: “limitación” ($f=4$; $rme=2.75$), “limitada” y los “gastos”, lo que ratifica que la merma en la calidad de vida está determinada por barreras tanto físicas como económicas.

Finalmente, en la **Segunda Periferia** se despliegan atributos y escenarios que reafirman la negatividad de la experiencia: se asocia la calidad de vida actual a condiciones de privación: “sin libertad”, “soledad”, estado anímico; “depresión”, “sufrimiento” y factores clínicos permanentes: “médicos”, “tratamiento”, “diabetes”. La mención a la “muerte” y lo “anormal” subraya la gravedad con la que es percibido el impacto de la lesión sobre la trayectoria vital. En síntesis, la matriz representacional indica que, para estos pacientes, la calidad de vida está profundamente alterada y se define principalmente por su ausencia. Se conceptualiza a partir del cambio disruptivo provocado por la enfermedad, el aislamiento social, la limitación funcional y económica impuesta por la herida, y la lucha constante por recuperar aspectos básicos de la autonomía, como el trabajo y la capacidad de caminar.

Gráfico N° 14 Dendrograma de clases léxicas: Calidad de Vida



A partir del análisis de clasificación jerárquica descendente, se identifican seis clases léxicas que conforman dos grandes campos semánticos. El primero (rama izquierda) refleja la tensión entre el deseo de recuperación y las limitaciones físicas, mientras que el segundo (rama derecha) exponen el fuerte impacto socioeconómico y la pérdida de la normalidad. En conjunto, estas agrupaciones muestran que la calidad de vida se define principalmente por su vulnerabilidad frente al avance de la enfermedad.

Como puede observarse en el dendrograma resultante, el discurso de los pacientes se ramifica de izquierda a derecha, agrupando las palabras según su nivel de asociación. Para comprender en profundidad esta topografía de significados, a continuación, se desglosa el contenido de cada una de estas seis clases siguiendo la estructura visual del gráfico:

Comenzando por el extremo izquierdo, se identifica la Clase 1 – Mejora, actividad y proyección de vida (17,9%). Esta primera agrupación reúne evocaciones como *calidad*, *vida*, *mejorar*, *caminar*, *cambiar* y *activo*. Para los pacientes, hablar de calidad de vida está intrínsecamente ligado a la posibilidad de retomar sus actividades cotidianas. La fuerte presencia de verbos de acción refleja una orientación hacia el futuro: "mejorar" no es un concepto abstracto, sino que se traduce en acciones concretas como recuperar la movilidad y lograr una reintegración plena en la sociedad.

Íntimamente vinculado a esta expectativa de mejora se encuentra la Clase 2 – Aprendizaje del paciente y autocuidado (17,9%), que destaca el rol activo del sujeto a través de palabras como *paciente, aprender, salud, cuidar, seguir y diabetes*. El discurso evidencia que alcanzar un estado de bienestar requiere de una actitud proactiva frente al tratamiento. El paciente se reconoce obligado a adquirir nuevos conocimientos y hábitos para sostener su salud, asumiendo que la calidad de vida depende de su capacidad continua para gestionar la cronicidad de su condición.

Completando esta primera gran rama semántica aparece la Clase 6 – Dependencia y limitaciones físicas (10,6%). En contraste con el anhelo de actividad, aquí el discurso se topa con la dura realidad corporal (*levantar, cama, depender, querer, curación*). Esta clase visibiliza la profunda frustración que genera la dependencia motriz. La calidad de vida se ve severamente coartada por la imposibilidad de realizar acciones básicas de manera autónoma, manifestando una dolorosa contradicción entre la voluntad de sanar y las barreras impuestas por el cuerpo.

Avanzando hacia el centro del grafo y abriendo la segunda rama, emerge con fuerza la Clase 5 – Necesidades económicas y sostén familiar (12,8%). Este grupo léxico (*necesitar, económico, familia, gasto, ayudar, amputación*) demuestra que el bienestar está directamente condicionado por los recursos materiales disponibles. La herida crónica es percibida como una constante generadora de gastos, lo que impacta en toda la economía doméstica y vuelve indispensable el sostenimiento de la red familiar para evitar desenlaces drásticos.

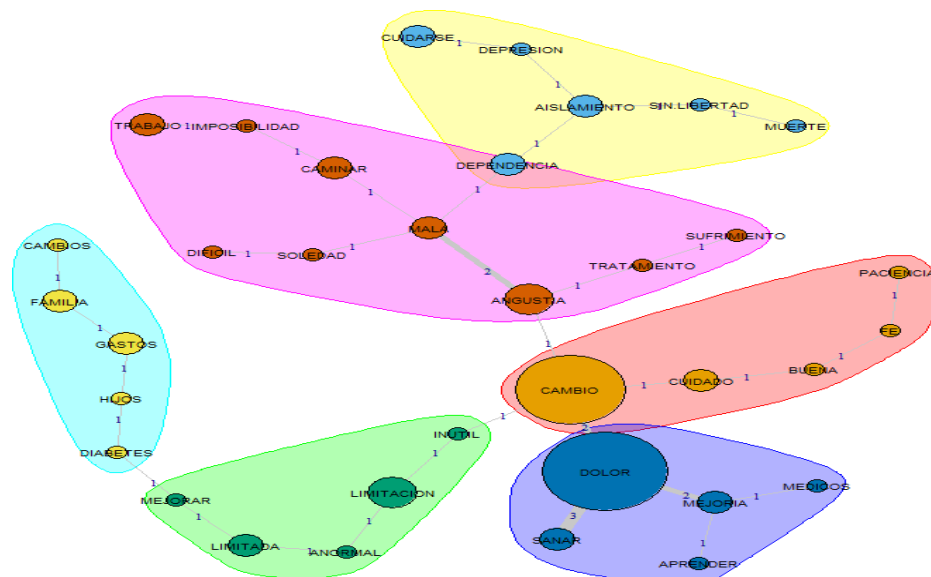
Ya en la rama derecha del dendrograma se ubica la Clase 4 – Normalidad, tiempo y bienestar cotidiano (17,9%). Esta clase asocia la calidad de vida con el retorno a la rutina, utilizando términos como *normal, tiempo, trabajar, andar, sentir y sanar*. El bienestar se define aquí como la capacidad de recuperar el tiempo perdido, poder trabajar y desplazarse libremente. A su vez, la referencia a "sentir" o "sentirse bien" aporta una dimensión subjetiva clave: la sanación anhelada es, en el fondo, la recuperación de la normalidad perdida.

Finalmente, en el extremo derecho, el discurso se ancla en el deterioro más profundo con la Clase 3 – Pérdidas, limitaciones y afectación emocional (14,3%). Esta agrupación condensa las consecuencias más devastadoras de la enfermedad mediante evocaciones como *perder, trabajo, caer, malo, triste y libertad*. La presencia de sentimientos de tristeza frente a una caída estas constantes corroboran que la pérdida

de calidad de vida trasciende la herida física, comprometiendo gravemente la salud mental, la identidad social y la autonomía del paciente.

Para profundizar en la organización interna de las cogniciones sobre la calidad de vida y complementar las clases léxicas identificadas, se llevó a cabo el análisis de similitud (Degenne y Vergés, 1973) utilizando el cálculo de co-ocurrencias en IRAMUTEQ. Este gráfico permite visualizar cómo los pacientes asocian y conectan los diferentes términos evocados en su discurso.

Gráfico N°15 Árbol de similitud: Calidad de Vida



El árbol máximo evidencia una estructura organizada en torno a dos macro-núcleos articuladores: “cambio” y “dolor”, los cuales funcionan como los vértices de mayor densidad y conectividad del grafo. A partir de ellos se desprenden seis grandes constelaciones de sentido:

El primer ramal, y el más central de la red, está liderado por el término “cambio”. Este nodo conecta directamente con un área axiológica y de cuidado, uniendo los términos “cuidado”, “buena”, “fe” y “paciencia”. Esto indica que el cambio forzado por la enfermedad requiere necesariamente del desarrollo de paciencia y cuidado personal para intentar recuperar un estado positivo o "bueno" de calidad de vida.

Desde este mismo núcleo central se desprende una segunda ramificación altamente afectiva encabezada por la “angustia”. Este nodo actúa como un centro de irradiación negativa que vincula el “sufrimiento” y la carga del “tratamiento”, con una serie de restricciones funcionales severas: de la angustia se llega a la percepción de que la calidad de vida es “mala”, y esta, a su vez, conecta con la “soledad”, lo “difícil”, la restricción al “caminar”, el impacto en el “trabajo” y la “imposibilidad” general.

Por otro lado, el término “cambio” también se enlaza hacia una tercera zona que nuclea la disrupción del esquema social primario, conectando los “cambios” con la “familia”, el impacto económico de los “gastos”, los “hijos” y la condición base de la “diabetes”. Esta estructura confirma que la calidad de vida se representa como un fenómeno que excede al individuo y afecta directamente al grupo familiar.

Un cuarto agrupamiento se desprende a través del término “dependencia”, el cual genera una secuencia lineal ligada a la vulnerabilidad extrema. La dependencia conecta con el “aislamiento”, sentirse “sin libertad” e incluso con el espectro de la “muerte” y la “depresión”, junto a la necesidad imperiosa de “cuidarse”.

En la parte inferior del grafo se consolida el segundo gran núcleo: el “dolor”. Este vértice establece fuertes vínculos con el ámbito clínico, asociándose a la “mejoría”, los “médicos” y la necesidad de “aprender”, pero fundamentalmente se conecta de manera directa (con índice de co-ocurrencia 3) con el deseo de “sanar”.

Finalmente, se observa un sexto subgrupo conectado al nodo principal a través de lo “inútil” y la “limitación”, términos que derivan en la necesidad de “mejorar” ante una cotidianidad percibida como “anormal” y “limitada”.

En conjunto, el análisis de similitud demuestra que la alteración en la calidad de vida de estos pacientes opera a través de un profundo “cambio” biográfico, donde el “dolor” detona la angustia, la dependencia y el aislamiento, generando una red de restricciones físicas, sociales y económicas.

Desde la perspectiva de los modelos de CVRS, esta organización relacional confirma que la calidad de vida se construye en la intersección entre síntomas, funcionamiento y contexto, más que como un estado abstracto de bienestar. La articulación de cambio con familia, hijos, gastos y diabetes refuerza lo señalado por estudios latinoamericanos que describen el CV de las personas con heridas crónicas

como un fenómeno estrechamente atravesado por la precariedad económica y la dinámica familiar (16).

A su vez, el encadenamiento “dependencia–aislamiento–sin libertad–muerte–depresión” coincide con los trabajos que muestran cómo la pérdida de autonomía y de roles productivos socava la autoestima y la participación social, configurando un perfil de alta vulnerabilidad psicosocial (43).

Finalmente, que trabajo y caminar aparecen fuertemente conectados a mejorar y sanar sugiere que los pacientes anclan la idea de calidad de vida en la posibilidad de retomar actividades significativas, más que en la desaparición completa de la lesión, lo que respalda la pertinencia de intervenciones orientadas a recuperar funcionalidad y participación, además de la cicatrización tisular (30) (33).

Siguiendo la propuesta analítica se procedió a examinar las justificaciones verbales de los términos más relevantes ubicados en el núcleo central y la primera periferia, con el objetivo de captar el sentido subjetivo que los pacientes otorgan al concepto de calidad de vida.

En el núcleo central, el término más representativo y articulador fue el “cambio”. Las expresiones de los pacientes revelan que este concepto se experimenta como una ruptura biográfica abrupta impuesta por la enfermedad. El cambio se significa a través de la pérdida de vitalidad y autonomía: “porque su calidad de vida cambió al 100% con el diagnóstico”, “porque trabajaba desde las 6:00 de la mañana hasta la noche, tenía una vida muy activa y ahora hasta estar parada la cansa” y “porque ya no puede hacer todo lo que quiere, tienen que acompañarla siempre”. En este marco, el cambio no es una adaptación, sino una merma en la capacidad de ser.

Esta alteración profunda detona emociones restrictivas como la “angustia” y el “aislamiento”. La angustia se justifica desde la incertidumbre clínica y la pérdida de autoeficacia: “la dependencia lo perturbó todo el tiempo por no sentirse capaz de cuidarse ni de él mismo”. Como consecuencia directa, los pacientes recurren al aislamiento voluntario o forzado: “no salía, no veía a los nietos, ni a la familia. No quería ni comer”. Estas vivencias demuestran que la calidad de vida se ve vulnerada fundamentalmente en su dimensión social.

En contraste, el núcleo también alberga una fuerte carga proyectiva a través de términos como “trabajo”, “caminar” y “sanar”. La calidad de vida es anhelada como el retorno a la funcionalidad productiva y motriz. El trabajo aparece como sinónimo de dignidad y estructuración vital: “quiere poder tener trabajo para poder vivir dignamente. Está triste por no poder trabajar”. De igual forma, el simple acto de caminar se resignifica como el horizonte máximo de bienestar: “quiere ser normal, andar en bicicleta, caminar como todos, no quejarse y no tener vendas”.

Por su parte, al analizar las justificaciones de la primera periferia, aquellos elementos que anclan la representación en la cotidianeidad clínica, el “dolor” se impone como el principal destructor de la calidad de vida. Los participantes lo describen como una experiencia invasiva que anula la vida social e íntima: “porque el dolor no lo deja ni hacer bromas, es muy intenso”, “porque nadie la entiende, el entorno cree que ella los enferma por su dolor” y “porque no la deja ni dormir”.

Este padecimiento físico es la causa directa de la “limitación”, la cual se expresa en restricciones concretas y cotidianas: “no puede salir en la moto, no tiene posición para dormir”, “es como ser un vampiro, y su hija tuvo que aguantar esta situación”. Finalmente, la dimensión material irrumpe a través del término “gastos”. Los pacientes justifican que la herida crónica conlleva una carga económica que deteriora su subsistencia: “porque gasta mucho en medicación”, y “porque cuesta más por los gastos, pero sacó préstamos para poder curarse”.

En conjunto el análisis de las justificaciones ratifica que, para estos pacientes, la calidad de vida se define fundamentalmente por su ausencia. Se representa como una condición perdida tras un cambio disruptivo, asediada por el dolor físico, el encierro social y el ahogo económico, frente a lo cual la única vía para recuperar la autonomía es el apego al cuidado y la esperanza de sanar.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal analizar las representaciones sociales sobre la herida crónica y la calidad de vida en pacientes portadores de estas lesiones. Los resultados obtenidos revelan que la experiencia de vivir con una herida de larga evolución excede ampliamente la dimensión tisular y biológica, configurándose como un fenómeno psicosocial complejo. Este hallazgo central dialoga directamente con los postulados de Frykberg y Banks (24), quienes describieron a las heridas crónicas como condiciones que generan una carga multidimensional profunda, afectando la movilidad, el sueño y la vida social del individuo. Al explorar la subjetividad de los pacientes, este estudio logra lo que Moscovici (35) denominaba la rehabilitación del sentido común, validando el conocimiento cotidiano y ordinario de los sujetos como una realidad objetiva y fundamental para el abordaje clínico.

Al analizar específicamente la representación social de la herida crónica, el análisis estructural fundamentado en la teoría de Abric (47) y la metodología de Vergés (48) demostró que el núcleo central de la representación se organiza en torno a dos elementos innegociables para los pacientes: el dolor y el cuidado. La prominencia absoluta del dolor como estructurador del pensamiento concuerda de manera precisa con la revisión narrativa de Contreras et al. (19) y los estudios de Melguizo-Herrera et al. (31), quienes identifican al dolor severo persistente como el predictor más consistente del deterioro de la calidad de vida. Para los pacientes de la muestra, el dolor no es solo un proceso inflamatorio mediado por citoquinas y un desequilibrio proteolítico (23, 26), sino una experiencia incesante que define su cotidianidad y limita su autonomía.

Asimismo, la centralidad del término cuidado en el núcleo representacional refleja la constante demanda de atención que estas lesiones imponen. La dependencia para la curación diaria confronta al paciente con una pérdida de rol social, transformándolo en un sujeto pasivo frente a su enfermedad. Esta vivencia se inscribe en la identidad personal y en el entramado sociocultural, confirmando los aportes de Denise Jodelet (21), quien subraya que la enfermedad crónica organiza la experiencia vivida y reestructura la relación del sujeto con su propio cuerpo.

En el sistema periférico de esta representación social emergieron términos como infección, miedo, mal olor y amputación. Estos elementos periféricos son reveladores al analizarlos bajo la lupa de la teoría del estigma de Link y Phelan (37). El exudado abundante y el mal olor funcionan como elementos objetivados que

desencadenan sentimientos de vergüenza y autoaislamiento. Los pacientes incorporan las miradas sociales negativas, lo que Livingston y Boyd (38) definen como estigma internalizado, un proceso que transforma a la persona completa en una persona disminuida y que impacta severamente en sus indicadores de salud mental. La persistencia de estos miedos (como el de la amputación) subraya que las representaciones sociales negativas actúan como disparadores del retraimiento social (19, 25).

Por otro lado, al abordar la representación social de la calidad de vida, el análisis lexicográfico arrojó como elemento central e indiscutido la noción de cambio. Este concepto encapsula la interrupción biográfica que sufren estos pacientes. Desde el modelo biopsicosocial de Engel, la enfermedad fractura el proyecto vital, alterando la interacción entre los procesos biológicos, psicológicos y sociales. El hecho de que la calidad de vida se representa mediante la idea de un cambio negativo refuerza la evolución teórica del concepto de CVRS. Como señalan Salas y Garzón (40) y Urzúa (42), la CVRS ya no se mide por indicadores meramente objetivos, sino por la percepción subjetiva de las limitaciones físicas y sociales. Para los participantes del estudio, la calidad de vida es añorada a través de lo que se ha perdido: el trabajo, la posibilidad de caminar y el rol activo en la familia, términos que se mostraron fuertemente co-ocurrentes en los análisis de similitud.

Esta dualidad entre la objetividad clínica y la subjetividad del paciente resulta crítica, como sostiene Suárez Caicedo et al. (43) al analizar poblaciones vulnerables, como la percepción del paciente es el indicador más fiel de efectividad en el cuidado. El sistema de salud puede enfocar sus esfuerzos en resolver la hipoxia tisular o los biofilms bacterianos (27), pero si el paciente percibe una nula recuperación de su autonomía, el tratamiento fracasa en su dimensión holística. Es por ello que la implementación de medidas reportadas por el paciente, como sugieren Bolaños Córdoba y Zárate (39), se vuelve indispensable para captar la angustia, el aislamiento y el nivel de dependencia, evitando que el tratamiento técnico invisibilice el deterioro psicosocial.

Un aspecto fundamental para comprender el arraigo de estas representaciones sociales es el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra analizada. Los resultados descriptivos revelaron una población atravesada por una marcada vulnerabilidad estructural: predominantemente adultos y adultos mayores, con un nivel de instrucción básica (mayormente primario) y lesiones con promedios de evolución que superan los

seis años. Así, Contreras et al. (19) refieren que la cronicidad no es únicamente un fallo biológico de la piel, sino un fenómeno íntimamente ligado a la precariedad socioeconómica; el bajo nivel educativo y las limitaciones materiales actúan como barreras estructurales que dificultan el acceso a tratamientos avanzados, perpetuando el estancamiento tisular y alimentando la frustración sostenida del paciente.

A esto se suma la dimensión de las redes de apoyo en el contexto de vida del paciente, el análisis de los datos arrojó que la mayoría de los participantes residen acompañados, con sus familias. Analizado desde el modelo biopsicosocial de Engel, este entorno familiar constituye un pilar de contención indispensable para afrontar el dolor y la discapacidad. Sin embargo, la prolongada evolución de la herida se transforma y tensa esta dinámica. La literatura señala que la necesidad constante de asistencia para el autocuidado básico genera, a menudo, sentimientos de pérdida de rol social y de convertirse en una carga para los seres queridos (31, 33). Esto explica por qué, a pesar de vivir acompañados, los pacientes evocaron recurrentemente términos ligados a la angustia y al autoaislamiento. De este modo, queda en evidencia que el contexto sociodemográfico y clínico toman fuerza las representaciones sociales negativas de estos pacientes. En conjunto, al entretelar las voces de los pacientes con el estado del arte, se evidencia que comprender las representaciones sociales no es un mero ejercicio académico, sino un imperativo ético y clínico. Como plantea Moscovici (11,34), estas representaciones orientan los comportamientos. Si el paciente representa su herida como un estigma incurable y su calidad de vida como un cambio irrecuperable, su adherencia terapéutica y sus pronósticos vitales se verán profundamente mermados. Medir e intervenir sobre esta subjetividad permite transitar definitivamente de un modelo enfocado en curar la herida hacia un paradigma integral centrado en cuidar a la persona (40).

Más allá del diálogo con los modelos teóricos clásicos, los hallazgos estructurales de las representaciones sociales obtenidos en la presente investigación (donde el dolor, el cuidado y el cambio configuran los núcleos centrales) encuentran un sólido respaldo en la evidencia empírica internacional y regional reciente. La experiencia documentada por los pacientes de Tucumán no es un fenómeno aislado, sino que refleja una vivencia compartida por poblaciones con heridas crónicas en diversas latitudes.

En relación con el impacto sintomático, nuestra investigación coincide plenamente con la revisión narrativa llevada a cabo por Contreras et al. (19). Al igual que

en su análisis, nuestros resultados confirman que el dolor severo, seguido de la supuración (exudado) y el mal olor, son los elementos de mayor peso en la configuración de las representaciones sociales negativas. Contreras et al. (19) determinaron que estos signos biológicos deterioran sistemáticamente todas las dimensiones del individuo (física, psicológica, social y económica). En nuestra muestra, esto se evidencia en la fuerte conexión léxica entre las palabras *dolor*, *infección* y *aislamiento*, demostrando que la lesión física actúa como un ancla que inmoviliza al paciente en su entorno domiciliario.

Respecto a la evaluación de la calidad de vida, la irrupción de un cambio biográfico y la consecuente pérdida de funcionalidad social observadas en este estudio concuerdan de manera precisa con las investigaciones realizadas en Brasil. Por un lado, el estudio de Rodrigues do Nascimento et al. (16) en ancianos de Curimataú (Paraíba) reveló que la calidad de vida se consideraba mala específicamente en las facetas de *Participación social* e *Intimidad*. De forma análoga, en nuestro contexto, la pérdida de autonomía y el perjuicio en las relaciones interpersonales emergieron repetidamente en las justificaciones de los pacientes, quienes relataron cómo la herida los obliga a modificar sus rutinas, su vestimenta y sus interacciones afectivas (16).

Por otro lado, la influencia de las vulnerabilidades sociodemográficas en la representación de la enfermedad resuena con los hallazgos de Soares Dantas et al. (15), también en Paraíba. En su análisis, determinaron que factores desfavorables como el sexo femenino, la edad avanzada y, principalmente, la precariedad financiera, anulan la autonomía del paciente. Esta realidad es un espejo de lo que experimentan muchos de los sujetos de nuestra muestra: la cronicidad de la herida se agrava por el contexto socioeconómico. Como advierten Contreras et al. (19), la carga económica del tratamiento y la falta de recursos propios (presente en la gran mayoría de la población afectada) alimentan una percepción negativa y desesperanzadora de la salud, la cual se materializa en evocaciones periféricas ligadas a la *preocupación* y la imposibilidad de *trabajar*.

Otro aspecto insoslayable que surge del cruce de nuestros datos con los antecedentes es el rol del sistema de salud y del equipo profesional en la conformación de estas representaciones. En nuestra investigación, la presencia de términos ligados a la frustración y el miedo en la zona de contraste y periferia encuentra un claro correlato con el estudio cualitativo de Nunes Gomes et al. (17) en Río de Janeiro. Ellos determinan

que las debilidades en la atención médica y la falta de resultados clínicos satisfactorios exacerban la reconfiguración negativa de la vida cotidiana del paciente con úlceras vasculogénicas, generando posturas que oscilan entre la búsqueda proactiva de cura y la pasividad resignada (17).

En esta misma línea, Samaniego Ruiz y Palomar Llatas (18), en su estudio fenomenológico en España, concluyeron que la mala calidad de vida de estos pacientes está fuertemente mediada por un déficit de conocimientos sobre el manejo adecuado de las heridas. Este vacío de información genera altos niveles de estrés y ansiedad. En nuestro estudio, el reclamo subyacente por cuidados y la persistencia del miedo a la amputación sugiere, del mismo modo, la necesidad de fortalecer la educación terapéutica. Proveer información clara empodera al paciente, reduciendo la incertidumbre que alimenta las representaciones sociales más fatalistas (18).

Finalmente, al situarnos en el contexto nacional, resulta relevante la comparación con el estudio de Márquez Terraza (20) realizado en Mendoza sobre las representaciones sociales en adultos mayores. Su investigación demostró que los pacientes poseen una representación multidimensional de la salud, pero que, a la hora de aplicar estrategias de autocuidado, estas recaen casi exclusivamente en el aspecto físico (20). Este fenómeno se repite en nuestra población: aunque la herida crónica impacta visible y mayoritariamente en la psiquis y en lo social (depresión, aislamiento, vergüenza), el paciente concentra su representación del cuidado únicamente en la curación tópica de la lesión.

A modo de síntesis, la discusión de los resultados a la luz del marco teórico y los antecedentes empíricos confirman que una herida crónica es mucho más que una disrupción en la continuidad de la piel; es una profunda alteración en la historia de vida del paciente. El dolor constante, la dependencia para el cuidado, la precariedad económica y el estigma social se entrelazan para conformar una representación social donde la enfermedad es sinónimo de sufrimiento, y la calidad de vida se define casi exclusivamente por su ausencia o deterioro.

El presente estudio demuestra que el abordaje biomédico tradicional, centrado únicamente en el cierre del lecho de la herida, es ciego ante la realidad subjetiva del paciente. Es imperativo que los equipos de salud, y en especial los profesionales dedicados a la cicatrización de heridas, incorporen una perspectiva interprofesional y

psicosocial. Escuchar las representaciones sociales de los pacientes no es un mero ejercicio descriptivo, sino una herramienta clínica vital. Solo interviniendo sobre el dolor, mitigando el aislamiento, educando para reducir el miedo y brindando soporte emocional, será posible modificar estas representaciones negativas, devolviendo al individuo no solo la integridad de su tejido, sino la autonomía y dignidad de su proyecto de vida.

CONCLUSIÓN

La presente investigación partió del reconocimiento de que las heridas crónicas constituyen un problema de salud complejo que trasciende lo estrictamente biomédico. Más allá de las dificultades en la cicatrización y del impacto en los servicios de salud, estas lesiones introducen cambios profundos en la vida cotidiana de quienes las padecen: modifican la imagen corporal, condicionan la autonomía, alteran los vínculos familiares y laborales y tensionan la percepción de la propia calidad de vida. En el contexto local de Tucumán, esta problemática se presenta en pacientes que, además de convivir con una herida de larga evolución, se encuentran inmersos en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica. Sin embargo, su voz suele quedar relegada frente a la prioridad otorgada a la evaluación clínica de la lesión. Ante este escenario, se planteó como necesario comprender cómo estos pacientes significan su herida crónica y su calidad de vida, es decir, cuáles son las representaciones sociales que organizan su experiencia y orientan sus prácticas de cuidado.

Con este propósito, el objetivo general del estudio fue analizar la representación social sobre herida crónica y calidad de vida en pacientes portadores de heridas crónicas atendidos en un centro privado de San Miguel de Tucumán y en el consultorio médico de heridas crónicas de un hospital público de Tafí Viejo durante el período de febrero a julio de 2024. Este objetivo se alcanzó mediante una estrategia metodológica que articuló la caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra con el análisis prototípico, nube de palabras, de similitud y con el dendrograma de las evocaciones frente libres a los términos herida crónica y calidad de vida, complementados con el examen cualitativo de las justificaciones verbales. De este modo, fue posible reconstruir no solo qué piensan los pacientes sobre su condición, sino también cómo se organizan esos significados y de qué manera se vinculan con su contexto de vida y con las características de la lesión.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes portadores de heridas crónicas, los resultados permitieron delinear un perfil poblacional caracterizado por una marcada vulnerabilidad estructural y clínica. La muestra estuvo conformada en su mayoría por adultos y adultos mayores (concentrándose principalmente entre los 56 y 65 años) con un nivel de instrucción predominantemente bajo, dado que el 53% alcanzó únicamente el nivel primario. Este perfil empírico coincide plenamente con los hallazgos documentados por Contreras et al. (19), quienes señalan que la cronicidad de estas

lesiones se encuentra estrechamente ligada a contextos de fragilidad educativa y socioeconómica, factores que agravan la evolución clínica al limitar los recursos de afrontamiento.

Desde la perspectiva clínica, el análisis reveló una notable heterogeneidad etiológica (con presencia de patologías venosas, neuropáticas y lesiones de alta complejidad) y una preocupante prolongación en el tiempo de evolución. El hecho de que el 57% de la muestra conviva con la lesión desde hace años, alcanzando un promedio superior a los seis años de antigüedad, corrobora la severidad del estancamiento biológico descrito en la literatura y explica el profundo deterioro psicosocial de los pacientes. Asimismo, el análisis de la situación de convivencia arrojó que el 92% de los participantes vive acompañado. Si bien desde el modelo biopsicosocial postulado por Engel (30) esta red familiar representa un recurso de apoyo indispensable, la evidencia advierte sobre su carácter ambivalente. La dependencia impuesta por una herida de tan larga data transforma este entorno de contención en un escenario donde el paciente suele experimentar pérdida de rol y sentimientos de ser una carga (31, 33). De este modo, el objetivo descriptivo se cumplió cabalmente, demostrando que la experiencia de la herida crónica no ocurre en el vacío clínico, sino que está profundamente enraizada en trayectorias de vida y contextos materiales que condicionan la forma en que estos pacientes representan su dolor y su calidad de vida.

En cuanto al **segundo objetivo específico**, referido a identificar el contenido y la estructura de las representaciones sociales sobre la herida crónica, los resultados mostraron que el núcleo central de la representación se organiza en torno a dos ejes inseparables: el dolor y el cuidado. La herida es vivida, ante todo, como una fuente de sufrimiento físico persistente que desorganiza la vida cotidiana e interfiere en el descanso, la movilidad y las actividades básicas. Al mismo tiempo, la necesidad de cuidado aparece como una exigencia constante. El análisis prototípico permitió reconocer, además, elementos centrales vinculados a la cronicidad y la percepción de incurabilidad. La periferia de la representación aportó matices fundamentales: emergieron términos que remiten a la gravedad de la lesión, al temor a la amputación, al cansancio y a la sensación de inutilidad. Las justificaciones verbales refuerzan estas asociaciones, evidenciando que el cuerpo lesionado es experimentado como frágil, amenazante y potencialmente estigmatizado. Estos hallazgos permiten afirmar que el segundo objetivo específico fue alcanzado, al reconstruir con claridad el contenido y la estructura de esta representación.

En cuanto al **tercer objetivo** específico, orientado a caracterizar el contenido y la estructura de las representaciones sociales sobre la calidad de vida, el estudio reveló que los pacientes no definen este concepto en términos abstractos, sino a partir de la ruptura de su vida cotidiana. El núcleo central de la representación se actúa alrededor de la idea de cambio, asociada a la angustia, la dependencia y el aislamiento. La calidad de vida se entiende como algo que se perdió a partir del diagnóstico o del inicio de la lesión y que se expresa en la imposibilidad de mantener la actividad laboral, la movilidad y la participación social. La familia, el trabajo y la capacidad de caminar aparecieron como referentes centrales de lo que se considera una buena calidad de vida, mientras que el dolor, la limitación y los gastos se ubicaron como factores que deterioraron esa condición. El análisis prototípico y el árbol de similitud mostraron que la calidad de vida es vivida como un cambio biográfico forzado que afecta simultáneamente las dimensiones física, emocional, social y económica.

La exploración cualitativa de las justificaciones permitió profundizar en el sentido subjetivo de estos términos. Los pacientes describieron el cambio como una limitación en la capacidad de ser y hacer, acompañada por sentimientos de tristeza, frustración y pérdida de autonomía. La angustia y el aislamiento se vincularon con la percepción de no poder cuidarse por sí mismos, de depender de otros para actividades básicas y de evitar los espacios de interacción social. Paralelamente, el trabajo y la posibilidad de caminar fueron evocadas como metas deseadas que simbolizan la recuperación de la dignidad y de la normalidad. El dolor, por su parte, se consolidó como el principal destructor de la calidad de vida, al interferir en el sueño, el humor y la relación con el entorno.

Finalmente, el **cuarto objetivo** específico se orientaba a relevar las significaciones que las personas atribuyen a la herida crónica y a la calidad de vida. Este propósito se cumplió mediante el análisis detallado de las justificaciones verbales, que pusieron en evidencia el modo en que los pacientes dotan de sentido a los términos más frecuentes. En relación con la herida, las justificaciones mostraron que el dolor se percibe como una experiencia invasiva que no deja dormir, no deja caminar y no permite hacer bromas, mientras que el cuidado se vive ambivalentemente como protección y como obligación permanente. La incurabilidad se expresa a través de frases que aluden a la eternización de la lesión y al retorno constante de las heridas, lo que alimenta la sensación de agotamiento. En cuanto a la calidad de vida, las significaciones recogidas enfatizaron la idea de una condición perdida tras un antes y después marcado por el

diagnóstico: se la asocia a poder trabajar, salir, caminar, participar en actividades familiares y no depender de otros para las tareas cotidianas. De esta manera, las significaciones relevadas complementan la dimensión estructural y confirman que las representaciones sociales se apoyan en experiencias concretas de dolor, limitación, dependencia y precariedad económica.

En el campo específico de la Cicatrización de Heridas, los hallazgos de este estudio aportan una perspectiva complementaria a los modelos centrados exclusivamente en el lecho de la lesión y en los parámetros clínicos. Al mostrar que el dolor, la dependencia, el aislamiento y el impacto económico forman parte del núcleo de las representaciones de los pacientes, se evidencia que los resultados de la terapéutica no pueden evaluarse solo en términos de cierre o reducción del tamaño de la herida. La incorporación sistemática de la voz del paciente y de sus significados sobre la herida crónica y la calidad de vida permite reorientar las prácticas hacia un enfoque verdaderamente integral, en el que las decisiones clínicas se articulen con intervenciones de apoyo psicosocial, educación para el autocuidado y trabajo con las redes familiares. De este modo, el estudio contribuye a ampliar el horizonte de la disciplina, invitando a los equipos de salud a considerar las representaciones sociales como insumos clave para planificar tratamientos más humanizados, realistas y sostenibles en el tiempo.

Estos hallazgos ofrecen una base sólida para orientar intervenciones que no se limitan al abordaje estrictamente clínico de la herida, sino que contemplen también la dimensión subjetiva y social de la experiencia, contribuyendo a una atención más integral y humanizada de los pacientes con heridas crónicas. Como línea futura, se abre la posibilidad de diseñar dispositivos de acompañamiento psicosocial y educativo que integren estas representaciones en el trabajo clínico, fortaleciendo la participación activa del paciente y su entorno en el proceso de cuidado y en la construcción de una mejor calidad de vida posible.

Asimismo, este estudio plantea la necesidad de dar continuidad a la temática mediante proyectos orientados a comparar las matrices representacionales en muestras poblacionales más amplias y en diferentes contextos institucionales. Específicamente, surge como una línea futura de gran interés explorar de qué manera las diversas causas clínicas de las lesiones (tales como la etiología venosa, arterial, neuropática o las lesiones por presión) pueden configurar diferentes representaciones sociales sobre la herida crónica. Comprender estas variaciones etiológicas permitiría trazar un mapa

representacional aún más preciso, facilitando el desarrollo de protocolos de atención altamente personalizados que respondan no solo a la vulnerabilidad social del paciente, sino a los desafíos subjetivos particulares que impone cada tipo de herida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

x

1. Lorenzo Hernández M, Hernández Cano R, Soria Suárez M. Heridas crónicas atendidas en un servicio de urgencias. *Enfermería Global*. 2014 julio; 13(35): p. 23-31.
2. González de la Torre H, Verdú Soriano J, García Fernández F, Soldevilla Ágreda J. Primer censo de unidades de heridas crónicas en España. *Gerokomos*. 2017; 28(3): p. 142-150.
3. Restrepo Medrano J. Validación para Colombia del índice RESVECH 2.0 para la valoración de cicatrización en heridas crónicas. *Revista Avances en Salud*. 2019; 3(1): p. 8-15.
4. Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la extremidad inferior. España: Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la extremidad inferior.
5. Lanau Roig A, Fabrellas N, Sáez Rubio G, Wilson K. Tiempo de cicatrización de las heridas crónicas, a propósito de un estudio de prevalencia e incidencia. *Enfermería Global*. 2017; 16(46).
6. Díaz Herrera M, Baltà Domínguez L, Blasco García M, Fernández Garzón M, Fuentes Camps E, Gayarre Aguado R. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors: guia de pràctica clínica. Scientia. Dipòsit d'Informació Digital del Departament de Salut; 2018.
7. Richmond N, Maderal A, Vivas A. Manejo basado en la evidencia de las úlceras crónicas comunes de las extremidades inferiores. *Dermatol Ther*. 2013; 26(3): p. 187-196.
8. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué calidad de vida? Organización Mundial de la Salud; 1996.
9. Botero de Mejía B, Pico Merchán M. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica. Hacia la

Promoción de la Salud. 2007; 12(11-24).

10. Moreno Guerín A, Pérez Godoy D, Paredes González D, Del Barco Haza I. Valoración y seguimiento de heridas dolorosas de difícil curación: indicadores de calidad en las distintas fases del cuidado. Casos Clínicos. 2008 marzo;(3).
11. Moscovici S. The phenomenon of social representations.. En R. M. Farr y S. Moscovici (Eds.), Social representations. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press. 1984;; p. 3-69.
12. Banchs M. Concepto de Representaciones Sociales: Análisis Comparativo. Revista Costarricense de Psicología. 1986; 8(9): p. 27-40.
13. Mendoza Molina M. Configuración de la Noción de Discapacidad en un Contexto Vulnerabilidad en Bogotá Bogotá: Universidad del Rosario; 2014.
14. Anguita Inostroza J, Fuentes Palmas K, Nuñez Varela B, Varela Quiroz M. Autoestigma y salud mental: una aproximación a los significados de los psicólogos involucrados. Tesis de Grado. Valparaíso, Chile: Universidad Valparaíso, Facultad de Medicina; 2014.
15. Soares Dantas J, Oliveira e Silva A, Da Silva Augusto F, Agra G, Dos Santos Oliveira J, Okino Sawada N, et al. Calidad de Vida relacionada con la salud de personas con heridas crónicas y factores asociados. Enfermagem. 2022; 31(1-14).
16. Rodrigues do Nascimento E, Custódio Macêdo G, Alexandrino A, Barreto Cardins K, Teixeira de Souza F, Figueiredo Nogueira M. Percepción de la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas. Refacs. 2020; 8(3): p. 359-369.
17. Nunes Gomes N, Monteiro de Santa Rosa L, Assunção Ferreira M, Da Silva R. Representaciones sociales de pacientes con úlceras vasculogénicas sobre la calidad de vida: análisis del contexto social. Rev Bras Enferm. 2022; 75(2): p. 1-9.
18. Samaniego Ruiz M, Palomar Llatas F. Calidad de Vida de Pacientes con Heridas Crónicas en Atención Primaria. Enferm Dermatol. 2020; 14(41).
19. Contreras Y, Coronado Castro A, Pulido M, Rincón Romero M. Calidad de vida en personas con heridas crónicas. Nursing Depths Series. 2025; 4(154): p. 1-12.
20. Márquez Terraza A. Representaciones sociales en las personas mayores y su

- influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte*. 2022; 13(2).
21. Falanga V. Wound healing and its impairment in the diabetic foot. *Lancet*. 2005; 12(366): p. 1736-1743.
 22. Sen C. Wound healing essentials: let there be oxygen. *Wound Repair Regen*. 2009; 17(1): p. 1-18.
 23. Maciel Barón L, Pérez V, Torres C, González-Puertos V, Konigsberg M, López Diazguerrero N. La senescencia celular como denominador común de enfermedades asociadas a la edad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55(4): p. 490-497.
 24. Frykberg R, Banks J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2015; 1(49): p. 560-582.
 25. Dermatología SAd. Consenso sobre cicatrización de heridas. Buenos Aires; 2008.
 26. Restrepo Medrano J. ¿Cómo valorar una herida crónica? Lo que debe saber el profesional de salud. *Archivos de Medicina*. 2016; 16(2): p. 423-431.
 27. Margolis D, Bilker W, Santanna J, Baumgarten M. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46(3): p. 381-386.
 28. Armstrong D, Lavery L, Harkless L. Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. *Diabetes Care*. 1998; 21(5): p. 855-859.
 29. Edsberg L, Black J, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016; 43(6): p. 585-597.
 30. Perdomo Pérez E, Soldevilla Agreda J, García Fernández F. Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización en heridas crónicas complicadas. *Gerokomos*. 2020; 31(3): p. 166-172.
 31. Melguizo-Herrera E, Díaz-Gómez A, Osorio-Lambis M. Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública*. 2011; 13(6): p. 942-952.

32. Lazarus G, Cooper D, Knighton D, Margolis D, Pecoraro R, Rodeheaver, G, et al. Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. Arch Dermatol. 1994; 130(4).
33. Cegri Lombardo F, Esparza Imas G, Arvelo Rosales N, De Miguel Lekue B, Fuentes Agúndez A. Valoración de la calidad de vida en las personas con heridas. Heridas en Red. 2025.
34. Moscovici S. La representación es un corpus organizado de conocimientos Buenos Aires: Huemul; 1979.
35. Moscovici S, Markóva I. La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles. 2003;; p. 111-152.
36. Popper K. La lógica en la Investigación Científica Madrid: TECNOS; 1980.
37. Link B, Phelan J. Conceptualización del estigma. Revista Anual de Sociología. 2001; 21: p. 363-385.
38. Livingston J, Boyd J. Correlatos y consecuencias del estigma internalizado en personas con enfermedades mentales: una revisión sistemática y un metaanálisis. Ciencias Sociales y Medicina. 2010; 71(12): p. 2150-2161.
39. Bolaños Córdoba J, Zárate E. Medidas de la experiencia reportadas por el paciente (PROMS y PREMS), ¿Por qué integrarlos a los desenlaces peri operatorios? Revista Médica Sanitas. ; 24(4): p. 189-196.
40. Salas C, Garzón M. La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud Pública. 2013; 4(1): p. 36-46.
41. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. 2017; 30(1): p. 61-71.
42. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile. 2010; 138(3): p. 358-365.
43. Suárez Caicedo M, Arosteguí Hurtado S, Remache Chicango E, Rosero Arboleda C. Calidad de vida: el camino de la objetividad a la subjetividad en población general y grupos vulnerables. Revista Médica Vozandes. 2020; 31(1): p. 89-98.

44. Martín-Paredero V, Arrébola-López C, Berga-Fauria F, Pañella-Agustí B, Gómez-Moya B. Impacto en la calidad de vida. *Angiología*. 2003; 55(1): p. 250-259.
45. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. Sexta Edición ed. Mexico: McGraw Hill; 2013.
46. Sabino C. El Proceso de Investigación. ; 1996.
47. Abric J. Un enfoque estructural de las representaciones sociales Blackwell. , editor. Inglaterra: En K. Deaux y G. Philogene (Eds.); 2001.
48. Vergés P. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue française de sociologie*. 2001;; p. 537-561.
49. Degenne A, Vergés P. Introduction à l'analyse de similitude. *Revue française de sociologie*. 1973; 14(4): p. 471-512.
50. Moreno M, Ratinaud P. Manual de uso de Iramuteq. Sitio oficial de Iramuteq. Universidad de Toulouse; 2015.
51. Reinert M. Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*. 1983; 8(2): p. 187-198.
52. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. *Pensamiento y vida social*. 1984;; p. 469-494.
53. Banchs A. Concepto de representaciones sociales; Análisis comparativo. *Revista costarricense de Psicología*. 1986;; p. 27-40.

x

ANEXO

Anexo 1

PACIENTE N° _____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y PATOLOGICOS

- SEXO: FEMENINO ☐ MASCULINO ☐
- EDAD: _____ años
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN: INICIAL ☐ PRIMARIA ☐
SECUNDARIO ☐ SUPERIOR ☐
- ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐
VIUDO ☐ UNION CONVIVENCIAL ☐
- CONVIVENCIA: SOLO ☐ ACOMPAÑADO ☐

Si acompañado marque abajo con quien, según corresponda:

 - PAREJA ☐ DESCENDENCIA ☐ ASCENDENCIA ☐
OTROS ☐
- ETIOLOGIA DE LA HERIDA: VENOSA ☐ ARTERIAL ☐ MIXTA ☐ NEUROPATICA ☐ LESIONPP ☐ OTRA: ☐ _____
- TIEMPO DE EVOLUCION DE LA HERIDA: _____ AÑOS

Instrumento: Encuesta sociodemográfica y patológica

Anexo 2

Instrumento: Test de Evocación Jerarquizada con justificaciones: HERIDA CRONICA

PACIENTE N° _____

PRIMERA FRASE

A. **ESCRIBA** CUATRO PALABRAS que vengan INMEDIATAMENTE a su mente cuando se le mencione la siguiente frase: ("HERIDA CRONICA")

-
-
-
-

B. **ORDENE** abajo las cuatro palabras de **MAS importante** a **MENOS importante**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

C. **EXPLIQUE** brevemente el significado de cada palabra

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Anexo 3

Instrumento: Test de Evocación Jerarquizada con justificaciones: CALIDAD DE VIDA

PACIENTE N° _____

SEGUNDA FRASE

D. Mencione CUATRO PALABRAS que vengan INMEDIATAMENTE a su mente cuando se le mencione la siguiente frase :

-
-
-
-

E. ORDENE las cuatro palabras de MAS importante a MENOS importante

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

F. EXPLIQUE brevemente el significado de cada palabra

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Anexo 4

Hoja de información para participantes y consentimiento informado.

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI)

Proyecto de Investigación

Herida crónica y calidad de vida. Un estudio de las representaciones sociales en pacientes portadores de heridas crónicas.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desde la Maestría en Cicatrización de Heridas de la Universidad Abierta Interamericana, te invitamos a participar del estudio “Herida crónica y calidad de vida. Un estudio de las representaciones sociales en pacientes portadores de heridas crónicas”, que tiene el objetivo de analizar la representación social sobre herida crónica y calidad de vida en pacientes portadores de heridas crónicas atendidos en un centro privado en la ciudad de San Miguel de Tucumán, de la provincia de Tucumán.

Si aceptas participar, te vamos a pedir que contestes un cuestionario que durará aproximadamente 3 minutos, y donde te vamos a consultar acerca de: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, situación de convivencia, causa de la lesión y tiempo de evolución de la misma. A continuación se realizará una actividad de una duración aproximada de 12 minutos, donde se te solicitarán palabras sueltas que vengan a tu mente tras escuchar una oración enunciada por la investigadora, luego ordenarlas en orden de prioridad y finalmente justificar su orden.

Para contestar el cuestionario, te pedimos que firmes el “Consentimiento Informado” que está en la hoja siguiente, y que guardes una copia de él y de esta hoja informativa. Recién en ese momento podremos administrar el cuestionario.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, gratuita, y no te aportará beneficios personales directos, pero sí se espera que la información que obtengamos pueda contribuir a mejorar la calidad de vida de los jóvenes conociendo cómo se sienten y con quienes cuentan en situaciones difíciles.

Tu participación y todas tus respuestas son absolutamente confidenciales, esto quiere decir que sólo el equipo de investigación puede acceder a ellas. Mientras completes el cuestionario puedes interrumpir tu participación en el momento que lo desees, o puedes no responder a alguna pregunta si no quieres hacerlo.

Si tienes alguna duda sobre algo de lo que está acá escrito o sobre otros puntos vinculados a esta investigación, puedes consultarnos. Y si después de leer esta información decides no participar, puedes devolver esta hoja a la persona que te la acercó sin ningún tipo de consecuencia o perjuicio. Todos los datos son estrictamente confidenciales. Ninguna persona por fuera de nuestro equipo de investigación conocerá tus respuestas.

Los resultados serán publicados manteniendo el anonimato de todos los participantes. Los formularios de firmas serán guardados bajo llave por el Equipo Profesional a cargo de la investigación, y todas las bases de datos estarán protegidas por una contraseña y destruidas al finalizar el proceso.

En caso de que lo desees, puedes consultarnos sobre los resultados de esta investigación, que estimamos estará disponible a finales de 2024.

Estás protegido por ley. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (DNPDP), órgano de control de la Ley N° 25.326, dependiente del Ministerio de Justicia, y Derechos Humanos, tiene la