



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA

**PERFIL DEL FONOAUDIÓLOGO QUE TRABAJA CON LA
ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA
(RBC) EN LOS CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN
DE LAS REGIONES DE VALPARAÍSO, METROPOLITANA,
O'HIGGINS Y DEL BIOBÍO**

AUTORAS

Katherine Adriani Gómez

Valentina Cortés Espinoza

Verónica Moraga Barra

Tamara Valencia Pérez

Tesis para obtener el Grado Académico de Licenciado en Fonoaudiología y
Título de Fonoaudiólogo

PROFESORA GUÍA

FLGA. Viviana García Ubillo

Viña del Mar, Enero 2015

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
1. Discapacidad	7
1.1. Definición	8
1.2. Generalidades	9
1.3. Áreas Problemáticas de la Discapacidad	10
1.4. Clasificación de la CIF	12
1.4.1. Objetivos y componentes de la CIF	12
1.5. La discapacidad en Chile	14
1.5.1. Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)	15
1.5.2. Instrumento de valoración de desempeño en comunidad	17
2. Modelos de intervención en salud	19
2.1. Modelo Biopsicosocial	21
3. Rehabilitación	22
3.1. Redes de atención en rehabilitación	24
3.2. Rehabilitación con base comunitaria	25
3.2.1. Historia de la RBC	26
3.2.2. Objetivos de la RBC	27
3.2.3. Estructura de los integrantes de la RBC	27
3.2.4. Matriz de la RBC	30
3.2.5. Componentes de la RBC	31
3.2.6. Guías de la RBC	32

3.2.7. RBC en Chile	33
4. La Fonoaudiología en Chile	35
4.1 Historia de la fonoaudiología	35
4.2. Perfil del Fonoaudiólogo	36
4.3. Rol y áreas de trabajo del fonoaudiólogo	37
METODOLOGÍA	39
1. Planteamiento del problema	39
1.1. Pregunta de investigación	39
1.2. Objetivo del estudio	39
1.3. Justificación	40
1.4. Viabilidad del estudio	40
1.5. Deficiencias en el conocimiento del problema	41
2. Objetivos	41
2.1. Objetivo general	41
2.2. Objetivos específicos	41
3. Tipo de Estudio	42
3.1. Enfoque	42
3.2. Alcance	42
3.3. Diseño	43
4. Descripción de la muestra	43
5. Categorías	47
6. Instrumento de recolección de información	48
7. Herramientas	48
8. Trabajo de Campo	48
9. Materiales	50
RESULTADOS	51

DISCUSIÓN	67
CONCLUSIÓN	71
Anexos	75
Anexo 1:Entrevista Semiestructurada Profesionales Fonoaudiólogos	76
Anexo 2:Entrevista semiestructurada 2° profesionales no fonoaudiólogos	77
Anexo 3:Consentimiento informado para participantes	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

RESUMEN

La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, avalada por diversos organismos e instituciones a nivel mundial, la cual promueve la colaboración entre las personas con discapacidad (PcD) y la comunidad que los rodea en distintos ámbitos para ofrecer la rehabilitación en igualdad de oportunidades y la integración social.

Para llevar a cabo la RBC, es necesaria la participación de múltiples profesionales encargados de la rehabilitación y capacitados para esta labor, entre los que se encuentra el profesional fonoaudiólogo. En este contexto surge la presente investigación, de tipo cualitativa y cuyo objetivo es determinar el perfil del fonoaudiólogo que trabaja en los centros comunitarios de rehabilitación (CCR) utilizando la estrategia de RBC, en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío. El estudio fue llevado a cabo durante el año 2014, donde se entrevistó a dos grupos de profesionales, el primero de ellos conformado por profesionales fonoaudiólogos, y el segundo, por profesionales no fonoaudiólogos que trabajaban, al momento de la entrevista, en los centros comunitarios de rehabilitación utilizando la estrategia de rehabilitación con base comunitaria.

En relación a los resultados, que fueron seleccionados según frecuencia de respuesta, las categorías recabadas de las entrevistas a los profesionales fonoaudiólogos fueron la empatía, la tolerancia a la frustración y el trabajo en equipo; mientras que los profesionales no fonoaudiólogos concordaron en la empatía, la conciencia social y el conocimiento teórico. Es así como es posible concluir que los programas de formación de profesionales fonoaudiólogos deben propender a generar estas competencias que les permitan desempeñarse en RBC y con ello potenciar este incipiente campo laboral.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad, según la OMS (2011), se define como el “término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación (...) Es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en que vive” (p.1). La rehabilitación puede llevarse a cabo bajo un modelo de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) que, de acuerdo a la OMS, la OIT y la UNESCO (1994), es una “estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad” (p.6). Los centros comunitarios de rehabilitación (CCR) son los encargados de llevar a cabo esta estrategia.

El profesional fonoaudiólogo ha comenzado recientemente a incorporarse a los CCR, por lo cual no se cuenta con un perfil específico para trabajar con la RBC. A partir de ello, surge el objetivo de esta investigación que es determinar el perfil del fonoaudiólogo que trabaja en centros comunitarios de rehabilitación, utilizando la estrategia de rehabilitación con base comunitaria, en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O’Higgins y del Biobío durante el año 2014 y con ello determinar las competencias que debe tener el profesional que se desempeñe en esta área.

En el primer capítulo de este informe se presenta una síntesis teórica para abordar el concepto de discapacidad, modelos de intervención en salud, rehabilitación y en este punto específicamente la rehabilitación basada en la comunidad (RBC), y por último el rol del fonoaudiólogo. En el segundo capítulo, se detallará la metodología de la investigación, en la cual se describirán las características del estudio, los objetivos y los procedimientos que se llevarán a cabo. En el tercer capítulo, se expondrán los resultados obtenidos en el trabajo de campo, sintetizando la información recopilada a partir de tablas de síntesis. Finalmente, en el cuarto capítulo se realizará la discusión, en la cual se analizarán los datos, contrastándolos con la teoría revisada.

MARCO TEÓRICO

Para establecer el perfil del fonoaudiólogo que trabaja con estrategia de rehabilitación con base comunitaria (RBC) es necesario realizar una exhaustiva revisión de los contenidos teóricos que permitan cumplir este objetivo. Primeramente, se abordará el tema de la discapacidad, profundizando en el concepto y en su evolución a lo largo de la historia, lo cual será complementado con datos estadísticos. Además, se buscará establecer la diferencia entre los conceptos “habilitación” y “rehabilitación”, enfatizando en esta última y sus tipos. Luego, se revisará la estrategia de rehabilitación planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominada Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC), la cual será el concepto central de esta investigación. Finalmente, se presentará la historia de la fonoaudiología en Chile, el perfil y las áreas de trabajo de este profesional, debido a la importancia de esta profesión en el desarrollo de la estrategia de RBC.

1. Discapacidad

En el año 2010, se promulga y publica en Chile la Ley 20.422, en la cual se establecen normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad (PcD). En el artículo N° 5 de dicha ley, se plantea que una persona con discapacidad es aquella que, teniendo una o más deficiencias físicas, sensoriales o mentales (psíquica o intelectual), sean de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con respecto a las demás (Ministerio de Planificación, 2010).

La discapacidad es inherente a la condición humana, por lo que un alto porcentaje de personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida. En el futuro, esta situación será motivo de aún mayor de preocupación, debido al aumento de prevalencia de dicha condición, lo cual se debe, en gran parte, a que la población envejecida se encuentra en crecimiento, junto con las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión (OMS, 2011).

En el mundo, las PcD tienen peores resultados sanitarios, académicos y económicos, que las personas sin discapacidad. Esto se debe, en parte, a los obstáculos que impiden o limitan su acceso a servicios de salud, educación, empleo, transporte e información. A causa de ello, y sin distinción de género, edad, cultura y nivel económico, son muchas las personas que exigen a la sociedad la igualdad de condiciones, demandando el cumplimiento de derechos ciudadanos y civiles, con el fin de garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, educación, laborales y de recreación, para así lograr la integración social (Amate y Vásquez, 2006). La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto (OMS, 2011).

1.1. Definición

La discapacidad es un concepto genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, coartando la interacción entre un individuo y sus factores contextuales ambientales y personales (OMS, 2011). Según la perspectiva de derechos humanos, se considera a los individuos con discapacidad como personas que requieren servicios diferentes para ser ciudadanos activos y participantes. Lo anterior implica que se desenvuelvan de la misma forma que lo hacen las PsD: formando parte de una familia, asistiendo a la escuela, trabajando y participando en la toma de decisiones de políticas y programas que los afecten (Amate y Vásquez, 2006).

1.2. Generalidades

Según los datos de la población mundial, al año 2010, un 15% de la población presentó alguna discapacidad, siendo este mayor al 10% registrado en el año 1970. Asimismo, según la encuesta mundial de salud, 785 millones de personas (15,6%) de 15 años o más viven con una discapacidad; mientras que el proyecto sobre la carga mundial de salud estima una cifra cercana a los 975 millones (19,4%) (OMS, 2011).

Entre las causas de la discapacidad, se encuentran las sanitarias y las ambientales. Dentro de las primeras están los defectos congénitos, enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, entre otras. Entre las segundas, se pueden encontrar la contaminación ambiental y sus efectos en la salud, falta de prevención de la violencia, accidentes laborales y de tránsito, y los conflictos armados (Amate y Vásquez, 2006).

Como se explicita en el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011), esta condición afecta en mayor medida a poblaciones vulnerables. Dentro de los principales obstáculos a los que se ven expuestas las personas que presentan algún tipo de discapacidad, se encuentran: políticas y normas insuficientes, actitudes negativas de la sociedad hacia la PcD, prestación insuficiente de servicios, problemas con la prestación de servicios, financiamiento insuficiente en prácticas políticas, falta de accesibilidad, falta de consulta y participación de las PcD, y falta de datos y pruebas estadísticas al respecto.

1.3. Áreas Problemáticas de la Discapacidad

Según Amate y Vásquez (2006), las áreas problemáticas de la discapacidad en América Latina son seis, que se detallarán a continuación:

- **Educación:** Los ministerios de educación, en general, no cuentan con políticas gubernamentales que rijan la integración educativa de niños y adolescentes, tanto en las escuelas como en las instituciones de educación superior. Esto implica la limitación de oportunidades en el mercado laboral y en el ingreso económico, generando mayor dependencia por parte del discapacitado.
- **Empleo:** Es necesario revisar y actualizar las áreas de capacitación y las demandas del mercado laboral dentro de las reales posibilidades de las PcD; ya que, actualmente, existe un alto grado de desempleo y reticencia de empleadores por otorgar o mantener empleos.
- **Accesibilidad y movilidad:** Las barreras arquitectónicas y urbanísticas son una de las principales limitaciones que presentan las PcD en su día a día.
- **Asistencia médica:** En la región, hay insuficiencia de programas de prevención y detección temprana, además de una falta de asistencia especializada para las PcD y escasos profesionales capacitados para la rehabilitación.
- **Falta de información:** La falta de información acerca de la población con discapacidad, dificulta la programación, prevención y elaboración de políticas públicas sobre el tema.

- **Legislación:** Cada país cuenta con normas y leyes propias que tratan el tema de la discapacidad. La legislación sobre el tema ha evolucionado debido a la acción de las propias personas afectadas como de las instituciones que le prestan servicios. El estado también ha evolucionado desde una posición más bien asistencialista y proteccionista, hasta dar paso a la participación activa, la autogestión y la participación comunitaria.

Como es posible apreciar; las áreas problemáticas de la discapacidad se relacionan con factores del entorno. Según Amate y Vásquez (2006), como el entorno influye en la PcD, se crean limitaciones que conllevan una disminución de la calidad de vida. Para evitar dicha situación, se requiere de acciones en salud pública, tales como: promoción en salud, prevención de discapacidades y recuperación funcional, así como integración e inclusión social. Además, se debe dar relevancia a la rehabilitación, ya que sin ella no se logra la equidad; sin embargo, el sector de salud no ha enfrentado el problema con la urgencia necesaria, transformando la situación en un problema social, pues los programas y servicios ignoran los riesgos y las consecuencias de las pérdidas funcionales físicas, psicológicas y sociales, que se producen como resultado de los daños y enfermedades. Es por ello que la Organización Panamericana de Salud (OPS) y sus estados miembros crearon políticas para dar respuesta a las necesidades de los individuos afectados. Los objetivos de estas fueron garantizar servicios de calidad y la protección social en salud para todos los ciudadanos, contribuir a eliminar las desigualdades en el acceso, proporcionar a los grupos sociales excluidos oportunidades para recibir atención integral y eliminar la capacidad de pago como factor restrictivo.

En este mismo sentido, en el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011), se entregan recomendaciones a los gobiernos para que tomen las medidas correspondientes y puedan superar los obstáculos en discapacidad en los ámbitos de salud, rehabilitación, apoyo y asistencia, entorno, educación y empleo. Entre estas recomendaciones, se puede encontrar, por ejemplo, el posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales, invertir en

programas y servicios específicos para las PcD y el adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales sobre discapacidad.

1.4. Clasificación de la CIF

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), el año 2001, propone un nuevo modelo de comprensión de la discapacidad, entendiéndola como un hecho multifactorial en el que juegan un papel importante no sólo los déficit del individuo, sino la interacción con la sociedad y el ambiente. Lo anterior resta importancia a la limitación de las PcD y le da relevancia a las originadas por el entorno en el que este se desenvuelve, evitando que la discapacidad sea vista, únicamente, como un problema de grupos minoritarios. Dicho modelo logra un cambio social que permite, incluso, que se modifique la forma de referirse al afectado, pasando de términos como “minusválido” a “personas con discapacidad”, en donde se incluye todos los tipos de falencias, ya sean físicas, visuales, auditivas, intelectuales, entre otras (Instituto aragonés de empleo, 2005).

1.4.1. Objetivos y componentes de la CIF

La CIF tiene como objetivo principal entregar un lenguaje unificado y estandarizado para describir los componentes que engloba el concepto de “discapacidad”. Para ello, agrupa sistemáticamente los dominios de la salud y los relacionados con la salud del “bienestar” (OMS, 2001). Sus objetivos específicos, según la OMS (2011), se resumen en:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.

- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y población general, incluyendo a las PcD.
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Minguijón, Penacho y Pac (2005), en relación a la CIF, indican que ésta entrega una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y la discapacidad, y sirve para organizar la información en dos partes, cada una con dos componentes. La Fig. 1 da conocimiento sobre la interacción entre los diferentes componentes de la CIF.

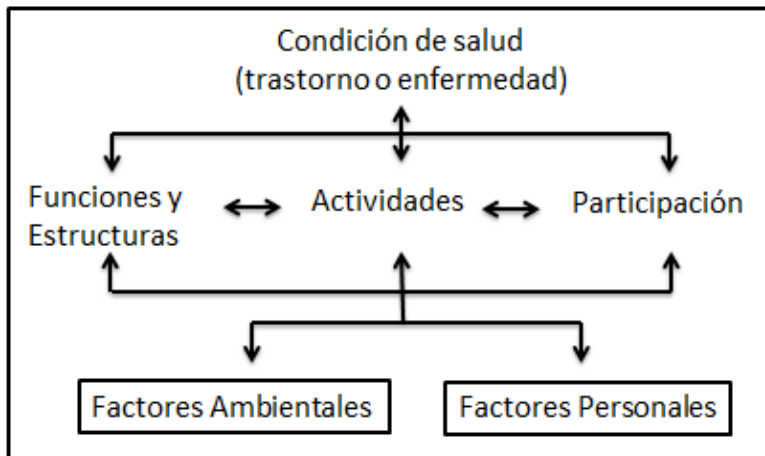


Fig. 1: Interacciones entre los componentes de la CIF (OMS, 2001).

a. **Funcionamiento y Discapacidad:** El componente cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. Por otro lado, el componente actividades y participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento, tanto desde una perspectiva individual como social.

b. **Factores Contextuales:** El primer componente de los factores contextuales es una lista de factores ambientales. Los factores ambientales ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad, y están organizados desde el contexto/entorno más inmediato al individuo hasta el entorno general. Por otro lado, los factores personales son un componente de los factores contextuales, pero no están clasificados en la CIF, debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

1.5. La discapacidad en Chile

Hasta hace pocos años no existía una documentación adecuada y acuciosa respecto a la situación país en relación a la discapacidad en Chile. La razón principal radica en las diversas maneras de conceptualizar la discapacidad y a la carencia de información recogida en los instrumentos utilizados para medir su incidencia. Por ejemplo, el CENSO poblacional sólo se incluye una pregunta cada diez años, y la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), una pregunta cada dos o tres años (Zondek, A.; Zepeda, M.; González, F.; Recabarren, E., 2006).

Estos instrumentos utilizados para medir la prevalencia de discapacidad en Chile se han enfocado, principalmente, en las deficiencias y no en la discapacidad, o como lo menciona la CIF, se centran en “las consecuencias negativas de la interacción entre un individuo con una

condición de salud y sus factores contextuales” (OMS, 2001), tanto los ambientales como los personales. Es por esto que, en el año 2004, se realiza el primer Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC), el cual corresponde a un trabajo conjunto del Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) (actual Servicio Nacional de la Discapacidad) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (FONADIS e INE, 2005).

De este modo, el ENDISC tiene como objetivo conocer la prevalencia de la discapacidad en sus diversos tipos y grados; así como la medida en que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de su vida (FONADIS, 2004). El estudio nacional se realizó en base a un diseño muestral que permite representar a la población nacional, urbana y rural, de todas las regiones del país. Esto permitió determinar que la prevalencia nacional de discapacidades un 12,9%, lo que supone 2.068.072 personas; es decir, 1 de cada 8 habitantes presenta esta condición. Además, fue posible establecer otras condiciones como: estado negativo de salud (42,8%), limitación en participación social (8,0%), limitación en actividades domésticas (5,8%), etc. (FONADIS, 2004).

1.5.1. Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)

El Servicio Nacional de Discapacidad, en conformidad con la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las PcD, surge como un servicio público descentralizado y desconcentrado territorialmente, que se relaciona con el Gobierno de Chile mediante el Ministerio de Desarrollo Social, desde el cual mantiene contacto con el Presidente de la República (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Este servicio vela por la igualdad de oportunidades, la inclusión social, el respeto de los derechos, la participación en el diálogo social y la accesibilidad de las PcD y su entorno, a través de la asesoría, coordinación intersectorial y ejecución de políticas públicas (Ministerio de Planificación, 2010). Para ello, se plantea los siguientes objetivos estratégicos:

- Asesorar e integrar las políticas públicas hacia las PcD en el marco de los lineamientos de la política nacional de la discapacidad, con el objetivo de incorporar la discapacidad como parte de toda política pública, cumpliendo con lo señalado en la ley y las convenciones internacionales.

- Coordinar el conjunto de prestaciones y acciones sociales para las PcD, mediante acuerdos y convenios, con el objetivo de optimizar la oferta hacia ellos.

- Promover el diseño y la implementación de estrategias inclusivas para las PcD, mediante la ejecución de programas y proyectos con pertinencia territorial que apunten al desarrollo de su autonomía, independencia, autovaloración y sociabilidad.

- Liderar acciones que contribuyan al desarrollo de una cultura de respeto de los derechos de las PcD, a través de estrategias de información, educación y protección.

- Promover y proteger el cumplimiento efectivo de los derechos de las PcD que favorezcan la inclusión social, creando mecanismos para su plena participación, mediante la evaluación y certificación de la inclusión social y el desarrollo de acciones para la defensoría de derechos.

El Ministerio de Desarrollo Social (2013) describe los logros alcanzados por el SENADIS a lo largo de su historia, entre los que se encuentran la entrega de beneficios y pensiones; capacitación en estrategias de RBC; financiamiento de emprendimientos y de ayudas técnicas; ferias laborales inclusivas; proyectos en beneficio de atletas paralímpicos; creación e implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR).

De acuerdo a lo expuesto por el Ministerio de Planificación (2010), el SENADIS está compuesto por los departamentos de auditoría, gestión estratégica, fiscalía, comunicación e información, apoyo y operacional, del que se desprende, entre otros, el departamento de salud, el cual es el encargado de tres funciones:

- a. Diseñar, integrar e implementar programas y proyectos en el ámbito de la salud de las PcD, abarcando desde la prevención hasta la rehabilitación, con el fin de que desarrollen el mayor grado de participación, y puedan ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en consideración a la deficiencia que causa la discapacidad.
- b. Orientar la ejecución territorial de los productos estratégicos en salud.
- c. Asesorar y proponer a el/la director/a nacional, las políticas públicas intersectoriales para la prevención y rehabilitación de las PcD.

1.5.2. Instrumento de valoración de desempeño en comunidad

A partir del año 2002, se comienza a incorporar el lenguaje CIF a la calificación, valoración y certificación de discapacidad, como una forma de avanzar hacia un modelo Biopsicosocial (BSS), congruente con el enfoque de rehabilitación y la visión del sistema de protección social en construcción. De esta forma, se crea el Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC-CIF), instrumento estándar de la red para calificar,

valorar y certificar a las personas en situación de discapacidad, a través de protocolos establecidos por la ley. Dicho instrumento, tiene una lógica biopsicosocial (BSS) que condiciona la forma en que se evalúa para que, de este modo, la rehabilitación se enfoque en la actividad y participación (Soto y Osorio, 2009).

De acuerdo a la información entregada por el Ministerio de Salud (MINSAL), el IVADEC es un instrumento clínico que permite definir el índice de discapacidad y desempeño, el porcentaje de discapacidad y el grado de discapacidad para rangos etarios, distribuidos desde los 6 meses de edad. Este instrumento es fundamentalmente cualitativo, por lo que implica un factor de subjetividad inherente, el cual debe ser controlado a través de las competencias del evaluador, el proceso de aplicación, el diseño del instrumento y los mecanismos de verificación (MINSAL, 2013).

El IVADEC, diferenciado para niños y adultos, permite que, mediante un formato de encuesta, se determine el grado de desempeño de la persona en treinta actividades, para obtener el grado de restricción que la persona tiene en su actividad y participación. Lo anterior tiene un fuerte impacto en la calificación y valoración, ya que saca a relucir elementos que el enfoque biomédico no consideraba (Soto, 2009). La aplicación del IVADEC puede ser realizada por diferentes profesionales como kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, asistentes sociales y médicos. Ellos evalúan las áreas de discapacidad visual, auditiva, física, mental intelectual y mental psíquico (Soto y Osorio, 2009). El organismo encargado de la capacitación para la aplicación del IVADEC es la Comisión de medicina preventiva e invalidez (COMPIN), departamento técnico que tiene entre sus funciones evaluar, constatar, declarar y certificar el estado de salud de los trabajadores y otros beneficiarios, con la finalidad de entregarles ayudas estatutarias, laborales, asistenciales y/o previsionales (MINSAL, 2012).

2. Modelos de intervención en salud

A lo largo de la historia, se han propuesto diversos modelos que buscan dar respuesta a las necesidades de rehabilitación inclusiva de la PcD (Minguijón, Penacho y Pac, 2005 y Soto, 2013). Esto se debe a que no es posible concebir una atención integral sin el componente de la rehabilitación, considerado como el elemento fundamental de la salud pública y tremendamente relevante en el logro de la equidad en salud (Vázquez y Cáceres, 2008).

La rehabilitación se define como el “proceso por el cual cada persona con discapacidad logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad para el desempeño de los roles que le son propios para su edad, sexo y condiciones socio-culturales” (Zondek y cols., 2006:23). De esta manera, el objetivo fundamental ideal de la rehabilitación es que las PcD desarrollen su potencial en las esferas biológica, psicológica y social, y a su vez, que la sociedad realice ajustes para reducir o eliminar las barreras que se interpongan en su integración (Zondek y cols., 2006). De acuerdo a lo anterior, se han descrito seis modelos, los que se presentan a continuación (Minguijón, Penacho y Pac, 2005 y Soto, 2013):

a. Enfoque o Modelo Caritativo/Solidario: Se centra en la asistencia caritativa como acto de amor al prójimo. Tiene como fortaleza resolver problemas vitales con rapidez y generar cohesión dentro de grupos. Sin embargo, implica asimetría y verticalidad, generando dependencia, lo que se traduce en baja sustentabilidad.

b. Enfoque o Modelo Biomédico: Se basa en el conocimiento científico. Existe una relación vertical, extensiva y unidireccional entre el paciente y el médico, siendo el primero un objeto de acción médica. Este modelo considera la discapacidad como un problema causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, para lo que

requiere cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales de la salud (Minguijón, Penacho y Pac, 2005).

c. Enfoque o Modelo Social: Minguijón, Penacho y Pac(2005), postulan el enfoque social como contraposición al modelo médico-biológico mencionado anteriormente. Aluden a la discapacidad como una realidad social en el que las características del individuo cobran o no relevancia, según las capacidades e incapacidades del medio social.

d. Enfoque o Modelo Social Activista/ Ecológico: Considera que el bienestar de la persona comienza en su interior, tomando en cuenta el equilibrio con el medio ambiente, y la relación entre la percepción del entorno, los sentimientos, las costumbres y las tradiciones (Céspedes, 2005). También, según Minguijón, Penacho y Pac. (2005), este enfoque está descrito como modelo político-activista, ya que se centra en actuaciones políticas y sociales.

e. Enfoque o Modelo Universal: Este enfoque plantea la discapacidad como un hecho universal en el que todos se encuentran en situación de riesgo, por lo que las políticas deben dirigirse a toda la población (Minguijón, Penacho y Pac, 2005).

f. Enfoque Biopsicosocial: Este modelo corresponde a la visión integradora de los modelos descritos, sobre todo, de los opuestos: médico y social. Por esto, la CIF busca llegar a una visión de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, para sustentar así la discapacidad y desarrollar políticas para incidir en ella (Minguijón, Penacho y Pac, 2005).

2.1. Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial(BSS) es un modelo integral enfocado en la medicina familiar, creado por Engel en 1977. Este modelo incluye la visión de los factores biológicos, psicológicos y sociales, los que se tornan fundamentales en el funcionamiento humano en salud y enfermedad, teniendo su base en las necesidades surgidas en respuesta al modelo biomédico, que son:

- a. Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad como lo explica el modelo biomédico; ésta aparece no sólo por causas bioquímicas, sino también psicológicas y sociales. A su vez, estas alteraciones psicosociales pueden traducirse en alteraciones bioquímicas.
- b. Las anomalías biológicas no siempre se corresponden con los síntomas y su significación para el paciente.
- c. Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes para determinar la susceptibilidad, gravedad y curso de la enfermedad.
- d. La aceptación del rol de enfermo no se corresponde con el diagnóstico de la enfermedad o presencia de la anomalía biológica.
- e. El tratamiento biológico tiene diversas tasas de éxito que pueden estar determinadas por variables psicosociales.

- f. La relación entre el profesional de la salud y el paciente, incluyendo su familia, influye en gran medida en el éxito del tratamiento.

El modelo BSS fundamenta un nuevo paradigma en la ciencia médica, basado en modelos de causalidad circular, donde las variables psicosociales adquieren un peso similar. Se afirma que, en la práctica clínica, el paciente es el sujeto de interés para la relación asistencial y que el relato de sus síntomas radica en un proceso de revelación etiológica que, a su vez, es terapéutica (Borrel, 2002). Este modelo tiene como objetivo central que las personas se mantengan en salud, considerándola como un proceso de desarrollo dirigido de forma activa y voluntaria hacia la realización de los individuos, grupos y comunidades dentro de una visión positiva.

Además, el modelo BSS busca alcanzar un compromiso para el cambio del modo de vida, tanto del individuo como del sistema social y sanitario; ya que la salud del individuo depende también de la estructura social. Para ello, pretende crear una cultura de la salud y conciencia de promoción de la misma (León y cols., 2004). Finalmente, es posible acotar que la transición de un modelo biomédico a uno BSS no es algo propiamente legislativo, va enfocado a un cambio en la manera de pensar hacia una visión más contextual, no lineal, recursiva, que incluya al observador y lo observado (Oyarzún, 2008).

3. Rehabilitación

Al abordar este tema, es necesario hacer la distinción entre habilitación y rehabilitación. La primera consiste en ayudar a quienes tienen una discapacidad congénita o adquirida durante las primeras etapas de la vida, que les impide lograr el máximo de funcionamiento. La segunda hace referencia a personas que han experimentado una pérdida de funcionamiento y

reciben ayuda para recuperar el funcionamiento máximo (OMS, 2011). Es así como el propósito fundamental de la habilitación es otorgar por primera vez capacidad o habilidad para lograr una mejor calidad de vida (Jirón, 2009).

Según la OMS (2011), se entiende por rehabilitación a “un conjunto de medidas que ayudan a las personas que tienen o probablemente tendrán una discapacidad a conseguir y mantener el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente” (p. 108). La medicina de rehabilitación trata de mejorar el funcionamiento mediante el diagnóstico y tratamiento de las condiciones de salud, reducir las deficiencias y prevenir o tratar las complicaciones. Posteriormente, se desarrolla la terapia, cuya finalidad es restablecer y compensar la pérdida de funcionamiento y de evitar o retardar el deterioro del funcionamiento en todas las esferas de la vida de una persona. Entre las medidas de la intervención, se encuentran: capacitación, ejercicios y estrategias compensatorias, educación, apoyo y asesoramiento, modificaciones en el ambiente, entre otras (OMS, 2011). Además, algunas de las PcD que requieran rehabilitación, también necesitarán que se les provea de ayudas técnicas, las cuales hacen referencia a “todo artículo, equipo o producto adquirido comercialmente, modificado o adaptado que se utilice para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las PcD” (OMS, 2011:111).

Según Vázquez y Cáceres (2008), la rehabilitación se puede dividir en tres estrategias, entre las cuales, podemos reconocer la prevención de discapacidades, la Rehabilitación Institucional (RI) y la rehabilitación con base comunitaria (RBC); las dos últimas, relacionadas con la reducción del impacto de la discapacidad. El resultado de esto es la inserción de la PcD en la sociedad, utilizando acciones intersectoriales que le permiten maximizar sus potencialidades BSS (Vázquez y Cáceres, 2008). Algunos conceptos claves que se deben tener en cuenta son:

- **Rehabilitación institucional:** Incluye la actividad técnica realizada en instituciones, gubernamentales o no, destinadas a la recuperación funcional de las personas que presentan limitaciones en su actividad y participación. En el sector salud, está contemplado en los servicios de rehabilitación, tanto en hospitales como en ambulatorios (Vázquez y Cáceres, 2008:30).

- **Rehabilitación de base comunitaria:** Constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la cual se lleva a cabo por medio de esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familiares y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes (Vázquez y Cáceres, 2008:31). Este tipo de rehabilitaciones una de las temáticas centrales de la investigación realizada en esta tesis y será descrita más adelante.

3.1. Redes de atención en rehabilitación

El acceso de las personas discapacitadas a algún tipo de rehabilitación es preocupante. Durante el año 2004, en Chile, 1 de cada 15 personas tuvo acceso a servicios de rehabilitación, mayoritariamente en el área urbana. Además, según la condición socioeconómica, el estudio chileno revela que 1 de cada 20 PcD ha recibido rehabilitación. Por ello, las organizaciones gubernamentales como la OPS, se han comprometido a entregar una atención equitativa a las PcD y con igualdad de oportunidades. Esta equidad resulta de la aplicación de una estructura en red de los servicios, de modo tal que la persona con potencial de discapacidad o discapacidad instalada, podría ser detectada por medio de alguna de las siguientes vías del sistema de salud (Vázquez y Cáceres, 2008):

- **Emergencia Hospitalaria:** El caso se deriva directo al servicio de rehabilitación, a terapia intensiva o a hospitalización, y de estos se refiere el caso a rehabilitación.

- Consulta Externa: Se puede realizar el diagnóstico confirmatorio de la alteración del funcionamiento y presuntivo de la limitación de la actividad del paciente, además del diagnóstico clínico causante de su discapacidad.

- Ambulatorio: Siguiendo las pautas de RBC, en este nivel, se puede realizar el diagnóstico de la limitación funcional, de la actividad y de las restricciones de la participación; permitiendo actuar de manera inmediata.

La rehabilitación, integrada por todo un continuo desde la atención hospitalaria hasta la rehabilitación en la comunidad, puede mejorar los resultados sanitarios; reducir costos, al abreviar la permanencia en el hospital; disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida. Si se comienza en una etapa temprana, la rehabilitación logra mejores resultados funcionales para gran parte de las condiciones de salud asociados con la discapacidad. La eficacia de la atención temprana es particularmente notable en el caso de los niños con retraso - o con riesgo de retraso - en el desarrollo, y se ha comprobado que es capaz de reforzar los avances en la educación y el desarrollo (OMS, 2011).

3.2. Rehabilitación con base comunitaria

Las dificultades que trae consigo una discapacidad no sólo afectan a la persona que la padece, sino que también a su familia, a la comunidad y a la sociedad. Esta idea, y la falta de oportunidades de las personas con escasos recursos económicos para acceder a programas de rehabilitación formal, dieron origen a la rehabilitación con base comunitaria (RBC). De acuerdo a lo señalado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y la OMS (1994), la RBC es una “estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad” (p.6). Esta

estrategia se logra llevar a cabo gracias a los esfuerzos combinados tanto de las PcD como de sus familias, organizaciones y comunidades en los servicios de salud, educación, trabajo, social, entre otros (OMS/OIT/UNESCO, 2004).

3.2.1. Historia de la RBC

En 1989, con el fin de orientar y apoyar a los participantes de los programas de RBC, la OMS publicó el manual: Capacitación en la comunidad para las personas con discapacidad (OMS/OIT/UNESCO, 2004). Fue así como, en el año 1994, la OIT, la OMS y la UNESCO elaboraron un documento conjunto, en el cual se establecen las bases generales de la estrategia de RBC. Esto acentuó el desarrollo de un enfoque BSS y multisectorial, enfatizando la colaboración de los actores relevantes de los recursos, habilidades e iniciativas para comenzar un programa de RBC (Díaz y cols., 2012).

En el año 2003, se realizó una reunión consultiva en Helsinki, Finlandia, que permitió elaborar el nuevo documento de posición conjunta de la OIT, la OMS y la UNESCO, en el año 2004 (Díaz y cols, 2012). El documento refleja la evolución del enfoque de RBC desde un enfoque de prestación de servicios hasta un desarrollo comunal. En él, se redefine la RBC como: “una estrategia dentro del desarrollo general de la comunidad para la rehabilitación, la reducción de la pobreza, la equiparación de oportunidades y la inclusión social de todas las PcD, promoviendo la puesta en práctica de programas de RBC”(p.2). En esta definición, se involucra a las mismas PcD, sus familias, las organizaciones y comunidades y los servicios relevantes gubernamentales y no gubernamentales de salud, educación, servicios vocacionales, sociales y otros (OMS, OIT y UNESCO, 2004).

3.2.2. Objetivos de la RBC

Según el documento de posición conjunta de la OIT, OMS y UNESCO (2004), los objetivos de RBC son dos. El primero, pretende “asegurar que las PcD puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarias y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general” (p.3). El segundo objetivo es “impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las PcD mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación” (p.3). Ambos factores contribuirán a la inclusión social, el aumento en la calidad de vida y la igualdad de oportunidades para las PcD.

Acorde a lo anterior, según el Consorcio internacional de discapacidad y desarrollo (IDDC) (2012), la RBC tiene como meta el desarrollo inclusivo basado en la comunidad, para lo cual aplica el enfoque de “doble vía”. En primer lugar, trabaja con las PcD para desarrollar sus capacidades, atendiendo sus necesidades específicas, asegurando la igualdad de oportunidades y derechos, y facilitando su desarrollo para defender estos últimos. En segundo lugar, interviene en la comunidad y la sociedad en general, para eliminar barreras que causan la exclusión de las PcD, y para asegurar una participación plena y efectiva en todas las áreas de desarrollo.

3.2.3. Estructura de los integrantes de la RBC

La RBC exige la participación tanto de la comunidad como de las organizaciones de personas con discapacidad (OPD), pero ambas no garantizan la inclusión social ni igualdad de oportunidades. También, serán necesarias otras instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales (ONG). Entre ellas, se necesitarán políticas nacionales, el apoyo de diversos ministerios y otros interesados directos (OMS, OIT y UNESCO, 2004). Por lo tanto, para

llevar a cabo la RBC, serán necesarias acciones de los integrantes a nivel nacional, intermedio o de distrito, y local o comunitario.

A nivel nacional, para que un programa de RBC resulte efectivo, se necesita de la coordinación nacional, con la finalidad de asegurar la colaboración intersectorial entre los actores de RBC. Entre estas entidades se encuentran:

- Gobierno nacional: “En los programas nacionales de RBC, el gobierno asume el liderazgo de la gestión (...) es responsabilidad de los gobiernos nacionales formular políticas y normas legales para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social y económica de las PcD” (OMS, OIT y UNESCO, 2004:10-11).

- Organismo nacional coordinador: Se ha comprobado la necesidad de contar con un organismo coordinador a nivel nacional, el cual garantice la colaboración multisectorial para un programa de RBC eficaz, cuyo “mecanismo de coordinación variará según el enfoque preferido por el gobierno” (OMS, OIT y UNESCO, 2004:11). Aunque cualquier ministerio puede ser partícipe de un programa de RBC, es frecuente que se les encargue a los ministerios de educación, salud, trabajo y asuntos sociales, además del ministerio de finanzas para garantizar el apoyo monetario al programa.

A nivel intermedio o de distrito, cada país que decida realizar un programa de RBC, debería tener en cuenta un comité o distrito intermedio para coordinar de mejor manera las relaciones con la comunidad. En este nivel se encuentran:

- Gestores del programa de RBC: Según la OMS, OIT y UNESCO (2004) las funciones de estos son la aplicación y monitoreo del programa, apoyar y supervisar la

formación de los agentes comunitarios, poner en contacto a los diversos comités comunitarios y servir de enlace entre las comunidades y otros recursos.

A nivel local o comunitario, y debido a que el sustento de la RBC se encuentra en este nivel, todos los participantes de ella deben estar involucrados directamente en la planificación, ejecución y evaluación de ésta. Entre los actores se encuentran:

- Comunidad: Se hace necesaria la toma de conciencia, la inclusión plena de todas las personas, con o sin discapacidad, de sus familias y las políticas y servicios que se necesitan cubrir en las PcD. Por lo tanto, según la OMS, OIT y UNESCO (2004) será necesario que “la comunidad se observe a sí misma y estudie cómo afectan las políticas, las leyes y las prácticas habituales a todos los miembros de la comunidad”(p.6-7).

- Comité de desarrollo comunitario: Se encuentra encabezado por el alcalde de la ciudad. Según la OMS, OIT y UNESCO (2004), este nivel tiene como finalidad dirigir las actividades de desarrollo de la comunidad y reunir las condiciones para actuar como coordinador de los principales sectores gubernamentales y no gubernamentales que deben colaborar para sostener un programa de RBC.

- Comité de RBC: Según la OMS, la OIT y la UNESCO (2004), su objetivo es dar respuesta a las necesidades señaladas por las PcD y sensibilizar acerca de sus necesidades en la comunidad, obtener y comunicar la información sobre los servicios extracomunitarios de apoyo a las PcD, entre otras funciones.

- Agentes comunitarios: “Son el núcleo de los programas de RBC” (OMS/OIT/UNESCO, 2004:16). En general, son personas voluntarias, como profesionales de la salud o profesores, los cuales se dedican a la entrega de información hacia las PcD y su entorno, la promoción de accesibilidad y la inclusión. Este agente llega a ser un puente entre los servicios extracomunitarios de los programas de RBC y las familias de las PcD (OMS/OIT/UNESCO, 2004).

Como se ha demostrado anteriormente, en los programas de RBC, se hace fundamental la colaboración multisectorial para apoyar a la comunidad, atender las necesidades individuales de las PcD y fortalecer el papel de las OPD. Además de la colaboración entre los ministerios gubernamentales, deben vincularse con las ONG y el sector privado. La colaboración entre los distintos niveles: nacional, intermedio y comunitario, dentro de un mismo sector puede garantizar que los servicios de referencia se desarrollen y se proporcionen de manera adecuada entre los apoyos de diversos sectores que se pueden brindar a las PcD, tales como: social, salud, educativo, entre otros.

3.2.4. Matriz de la RBC

Con el fin de ofrecer un marco común para los programas de RBC, y ante la evolución de ésta hacia una estrategia de desarrollo multisectorial, en el año 2004, se crea la matriz de RBC (figura 2). Esta consta de cinco componentes claves: salud, educación, subsistencia, componente social y fortalecimiento, los que a su vez, se subdividen en cinco elementos (OMS, OIT y UNESCO, 2004). La matriz se diseñó para permitir que los programas planifiquen y seleccionen aquellos componentes y elementos que mejor satisfagan las necesidades locales, prioridades y recursos, por ende, no es obligación que cumplan con todos ellos. También, con ella, se posibilita llevar a la práctica actividades específicas para las PcD, por lo cual los programas de RBC deberán vincularse con sectores y organizaciones no incluidas en la matriz, beneficiando a los implicados y a sus familias (OMS, OIT y UNESCO, 2004).



Fig. 2: Matriz de RBC en las Guías (OMS, 2012)

3.2.5. Componentes de la RBC

Los componentes de la matriz de RBC, son:

- a. **Salud:** El rol de la RBC es trabajar cerca del sector salud para asegurar que las necesidades de las PcD y de sus familias sean consideradas en las áreas de: promoción de la salud, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia personal (OMS, 2012).

b. Educación: El rol de la RBC es trabajar con la educación, para que ésta sea inclusiva en todos los niveles, además de facilitar el acceso a la educación y al aprendizaje permanente para las PcD (OMS, 2012).

c. Subsistencia: La RBC intenta ayudar a las PcD y a sus familias, permitiendo suplir las necesidades de la vida y sus condiciones económicas y sociales, considerado la opinión de los involucrados y promoviendo su inclusión en programas nacionales de reducción de la pobreza, entre otros. El rol de la RBC es facilitar el acceso de las PcD y sus familias para que adquieran destrezas, oportunidades de subsistencia y una mayor realización y participación en la vida de la comunidad (OMS, 2012).

d. Social: El rol de la RBC es trabajar con las partes interesadas para asegurar la participación plena de las PcD en la vida social de sus familias y comunidades.

e. Fortalecimiento: A diferencia de los otros componentes que contemplan los sectores de desarrollo básicos, éste enfatiza la importancia de fortalecer a las PcD, sus familias y comunidades. Por lo tanto, el rol de la RBC es contribuir al proceso de fortalecimiento promoviendo, apoyando y facilitando la participación activa de las PcD y sus familias en los temas que afectan sus vidas (OMS, 2012).

3.2.6. Guías de la RBC

En el año 2010, la OMS, OIT, UNESCO y la IDDC crean las guías para la RBC. Estas buscan suplir las preocupaciones, falencias y necesidades de sintetizar las experiencias

alrededor del mundo y unificar conceptos y principios de RBC entre los miembros de las diferentes regiones. La guía ofrece una estructura que permite a quienes participan de la estrategia, planificar según el contexto, necesidades y recursos locales (IDDC, 2012).

Según el IDDC (2012), los objetivos de las guías para la RBC son los siguientes: brindar orientación sobre cómo desarrollar y fortalecer los programas de la RBC, promover la RBC como estrategia para el desarrollo inclusivo basado en la comunidad, apoyar a los miembros interesados para responder a las necesidades básicas, mejorar la calidad de vida de las PcD y sus familias, y facilitar el fortalecimiento de las PcD, promoviendo su inclusión y participación en el desarrollo y en los procesos de toma de decisiones.

3.2.7. RBC en Chile

Tomando como referencia al Instituto nacional de rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC) (2005) algunas de las carencias que se plantean a nivel comunitario en Chile son: las PcD y sus familias se encuentran desvinculados de alguna red u organización; las PcD y sus familias deben enfrentar diversas barreras como: la ausencia de espacios para comunicar sus quejas a los profesionales; la falta de recursos económicos para acceder a los servicios de rehabilitación; la carencia de conocimientos sobre discapacidad y rehabilitación, lo cual aumenta su inseguridad y su angustia; el poco desarrollo de la participación comunitaria, entre otras. Lo anterior demuestra la necesidad de la implementación de programas que se enfoquen en la comunidad; es así como comienza la implementación de la estrategia RBC en el país.

Para el año 2005, se contemplaban ocho experiencias, tanto públicas como privadas, ligadas a los programas de RBC por parte del Ministerio de Salud, asentadas en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), consultorios, hospitales y centros de rehabilitación, entre la V

y XII regiones. Estas experiencias se vinculan principalmente con la implementación del “Programa Embajada de Japón-MINSAL de Proyectos de la Asistencia a Proyectos Comunitarios (APC), en RBC” (INRPAC, 2005). Estos programas de RBC fueron supervisados y asesorados en la orientación de rehabilitación, desde la Unidad de Discapacidad y Rehabilitación y la Coordinación de Desarrollo de Red de Rehabilitación, con la finalidad de mantener el alineamiento técnico con el modelo de rehabilitación comunitaria.

a. Centro comunitario de rehabilitación (CCR)

Una dimensión importante en la expresión física del modelo de trabajo de RBC es el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR). Esta entidad reúne orgánicamente y da soporte organizacional a diversas actividades, como son los servicios de rehabilitación de baja complejidad y el fortalecimiento y desarrollo social en rehabilitación. Se considera la inclusión social como eje fundamental y a la comunidad como base, poniendo al servicio de esta las herramientas técnicas que le permitan fijar, objetivar y acotar las metas, así como la planificación y ejecución de la estrategia diseñada para lograrlas. Según el INRPAC (2005), los servicios que debe entregar un CCR son: fortalecer la organización y desarrollo de los grupos sociales vinculados a la discapacidad, la inclusión escolar, preparación para la vida laboral mediante un programa de rehabilitación profesional y el ofrecimiento de servicios básicos de rehabilitación en comunidad.

Con respecto al último punto, surge la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario en los CCR, entre los que se encuentren profesionales como kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, entre otros. La mayor parte de estas profesiones nacen con posterioridad a la II Guerra Mundial, cuando se generalizó la preocupación por las personas discapacitadas, creándose organizaciones intergubernamentales, las cuales han sentado las bases para la promoción y formación del profesional que se desenvuelve en

rehabilitación (Lugo, Restrepo y Salinas, 2008). En este período, se genera la necesidad de la formación de recursos humanos, debido a lo cual se llegó a constituir una serie de carreras para un manejo integral de las PcD. En el campo clínico, se crea la medicina física y rehabilitación, desarrollándose, a la vez, el concepto de un equipo de rehabilitación, el cual agrupa a médicos especialistas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, ortesistas y protesistas, fonoaudiólogos, kinesiólogos, psicomotricistas, entre otros profesionales, los cuales hoy en día son parte fundamental en la rehabilitación de las PcD (Vázquez y Cáceres, 2008).

4. La Fonoaudiología en Chile

El estudio del lenguaje oral y sus dificultades ha sido motivo de interés desde la antigüedad, lo que ha llevado a que diversas disciplinas desarrollen investigaciones y teorías al respecto. Esta es la base de la fonoaudiología, “disciplina cuyo objetivo de estudio es la comunicación humana oral como elemento principal de interacción entre los individuos, sus trastornos y las estrategias diagnósticas y terapéuticas que hacen posible su recuperación” (Maggiolo y Schwalm, 1999:6). En ella, es posible notar la influencia del modelo médico, pero además, se consideran aspectos de índole social y humanista (Romero, 2006). En Chile, el profesional fonoaudiólogo se desempeña en diversas áreas, principalmente, en educación y, en menor medida, en salud; mientras que otros profesionales se dedican, también, al área artística o académica, a raíz del aumento de las universidades que imparten la carrera de fonoaudiología (Martínez y cols., 2006).

4.1 Historia de la fonoaudiología

En la década del cincuenta, los equipos de salud estaban integrados por diferentes profesionales que buscaban otorgar una atención integral a los enfermos y mejorar tanto la atención como el aprovechamiento de los recursos; sin embargo, el equipo no contaba con

profesionales que cubrieran las necesidades relacionadas con la comunicación oral. Teniendo estos antecedentes, el docente Aníbal Grez Valdovinos plantea, en conjunto con otros médicos del servicio de otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la creación de la carrera de Fonoaudiología (Maggiolo y Schwalm, 1999). Es así como, en el año 1955, se contacta a médicos chilenos y fonoaudiólogos argentinos para desarrollar este proyecto y organizar el primer plan de estudios (Cabezas y cols., 2006). La autorización otorgada por el Ministerio de Educación permitió dar inicio al primer curso de fonoaudiología en abril de 1956 (Maggiolo y Schwalm, 1999).

4.2. Perfil del Fonoaudiólogo

Las profesiones de la salud surgen en base a las necesidades visualizadas en la comunidad en la que se forman, por lo que deben reunir características y competencias que se ajusten a esa realidad social y sus necesidades (De Barbieri, 1999). Es importante destacar la importancia del saber, el hacer y el ser en cualquier profesión, ligando el saber a los conocimientos organizados e integrados; el hacer a la adquisición de destrezas relacionadas; y el ser, con el aspecto bioético de cada profesión (De Barbieri, 1999).

Maggiolo (1999) postula una serie de características que el profesional fonoaudiólogo debiera reunir para el ejercicio de su profesión, entre las que se considera la vocación de servicio y alto compromiso con la comunidad, la capacidad de gestión a nivel personal y laboral, la actitud ética según normas sociales y su quehacer, el interés por la investigación científica, la demostración de conocimientos integrados y actualizados, la valoración de la dimensión BSS de sus pacientes, la capacidad de integrarse activamente en un equipo multidisciplinario, la creatividad e iniciativa que permitan la adaptación a diversos escenarios en su quehacer, la valoración de las redes sociales en las acciones en salud, y la participación en el diseño e implementación de las políticas nacionales del sector salud y educación.

Siendo la Universidad de Chile el primer centro de estudios en impartir la carrera de fonoaudiología, establece en su plan de estudios el perfil profesional del egresado, específicamente en el decreto N° 00824 del año 1981, el cual es:

“La carrera de Fonoaudiología tiene como propósito fundamental preparar profesionales universitarios con una sólida formación integral y capacitados para actuar en la profilaxis, evaluación y terapias de las alteraciones de la voz, habla, lenguaje y audición y para participar en colaboración diagnóstica en equipos multidisciplinarios de la salud y la educación”(De Barbieri, 1999:8).

4.3. Rol y áreas de trabajo del fonoaudiólogo

El encargado de regir principios y normas para el ejercicio de la fonoaudiología es el Código de Ética publicado por el Colegio de Fonoaudiólogos de Chile A.G., en el año 1983. En él se establece como obligaciones en actuaciones profesionales, particulares y funcionarias, las siguientes:

“(…) conocer y cumplir estrictamente las reglas y disciplinas de las instituciones en las que preste servicio(…) compartir la responsabilidad, cuando corresponda, de otros ciudadanos y profesionales, en la adopción de las medidas necesarias para mantener la salud pública, denunciando aquellas normas o acciones que atenten contra la integridad del paciente o la suya propia.” (Colegio de Fonoaudiólogos A.G., 1983:2).

Martínez y cols. (2006) dividen en cuatro las áreas de trabajo del fonoaudiólogo dentro de los distintos sectores en los que desempeña su labor, estas son: voz, lenguaje, audición y motricidad orofacial. El fonoaudiólogo se ocupa, principalmente, de la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos de áreas mencionadas, tanto en niños como en adultos.

En definitiva, la estrategia de RBC cobra relevancia en el quehacer de la rehabilitación y es aplicada en los CCR por terapeutas entre los que se encuentra el fonoaudiólogo. En el equipo de rehabilitación, este profesional cumple un rol fundamental dentro de su área de trabajo en relación a las intervenciones, la organización, capacitación y guía para lograr la integración de las PcD a la comunidad. Debido a esto, se requiere que el fonoaudiólogo cumpla con una serie de competencias y habilidades para el ejercicio de su labor en RBC, las cuales, de acuerdo a lo recabado en la presente revisión, no están descritas sistemáticamente. Debido a esto, se evidencia la necesidad de contar con el perfil del fonoaudiólogo que trabaja con esta estrategia de rehabilitación.

METODOLOGÍA

En este capítulo, se expondrá el marco metodológico empleado para la obtención del perfil del fonoaudiólogo que trabaja en centros comunitarios de rehabilitación (CCR) en Chile, utilizando la estrategia de rehabilitación con base comunitaria (RBC). Para dar cuenta de este proceso, se abordarán los siguientes contenidos metodológicos: el planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos, tipo de estudio, selección de la muestra, instrumentos y procedimientos de recolección de la información.

1. Planteamiento del problema

1.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características que presentan los profesionales fonoaudiólogos que actualmente trabajan con la estrategia de RBC en los centros comunitarios de rehabilitación de las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío?

1.2. Objetivo del estudio

Según la información disponible recabada por las investigadoras, no se han encontrado documentos que describan las habilidades que requiere el profesional fonoaudiólogo para cumplir su función en los CCR, utilizando la estrategia de RBC. Es por ello que el objetivo del estudio es determinar el perfil del fonoaudiólogo que trabaja en CCR, utilizando la estrategia de RBC, en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío.

1.3. Justificación

Los CCR que trabajan con estrategia de RBC no contemplan al fonoaudiólogo dentro del equipo de profesionales; sin embargo, sólo un grupo minoritario se desempeña en estos centros, y por lo tanto, no se cuenta con un perfil que considere las habilidades necesarias para trabajar en esa área. Es por ello que el fin de este estudio es determinar las características que presentan los profesionales fonoaudiólogos que actualmente trabajan con RBC y así dar a conocer la importancia del fonoaudiólogo en la aplicación de esta estrategia. Además, esta investigación entrega las bases para poder generar un cambio en la visión de su quehacer y, brindar posteriormente, una mejor atención a la comunidad.

Por otro lado, esta investigación otorga nueva información no abarcada anteriormente para que, a futuro, se considere la incorporación de la estrategia RBC a los currículos de las carreras de fonoaudiología en los centros universitarios de Chile en beneficio del trabajo del profesional fonoaudiólogo. Junto con esto, y como se ha mencionado, en la presente investigación se potencia esta área que recientemente se ha abierto en la fonoaudiología y fomenta la validación del profesional fonoaudiólogo como un agente importante en esta metodología de rehabilitación.

1.4. Viabilidad del estudio

Para desarrollar esta investigación, en primer lugar, se contactó al fonoaudiólogo Hernán Soto(encargado hasta la fecha del Departamento de Discapacidad y Rehabilitación (DDR) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud), para acceder a los CCR que posean en su equipo de trabajo a profesionales fonoaudiólogos. Además, para hacer viable el estudio, se requirió de la aprobación del director de cada centro para poder acceder a éstos y, finalmente, se invitó a participar a los profesionales fonoaudiólogos y no fonoaudiólogos que allí trabajan.

1.5. Deficiencias en el conocimiento del problema

Si bien existen autores que hacen referencia a la labor del fonoaudiólogo en la RBC, no se cuenta con información sobre el perfil del profesional que trabaja en los CCR con este tipo de intervención. Esta situación se repite en nuestro país, pues es un tema “en vías de desarrollo” aún cuando esta estrategia es antigua.

2. **Objetivos**

2.1. Objetivo general

Determinar el perfil del profesional fonoaudiólogo que trabaja en centros comunitarios de rehabilitación, utilizando la estrategia de rehabilitación con base comunitaria, en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O’Higgins y del Biobío.

2.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos son:

- Establecer las características del fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia de rehabilitación con base comunitaria, a través de la opinión de fonoaudiólogos que trabajan en los centros comunitarios de rehabilitación.

- Establecer las características del fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia de rehabilitación con base comunitaria, a través de la opinión de profesionales no fonoaudiólogos que trabajan en los centros comunitarios de rehabilitación.

3. Tipo de Estudio

3.1. Enfoque

El enfoque de este estudio es de tipo cualitativo. Respecto a esto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) describieron que el enfoque cualitativo recolecta datos sin medición numérica, permitiendo con ello descubrir o afinar las preguntas de investigación durante este proceso. Lo anterior se ajusta plenamente a los intereses del presente estudio, pues los datos que permitieron resolver los objetivos planteados se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas. Dichas entrevistas se aplicaron a través de un diálogo extenso y profundo con los distintos profesionales, entre ellos fonoaudiólogos.

3.2. Alcance

El alcance de la investigación es de tipo exploratorio transversal. En el caso del presente estudio, se profundizará en temáticas poco estudiadas, debido a que la estrategia de RBC, aún cuando posee una vigencia de treinta años, es un área relativamente reciente para la fonoaudiología en Chile. Por lo tanto, no se cuenta con la definición de un perfil idóneo para aquel profesional que quiera desempeñar funciones en esta área. De esta forma, un estudio exploratorio se realiza cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes, o que indague

sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas, y que permite, además, obtener información para establecer proyecciones a investigaciones posteriores más específicas y/o detalladas (Hernández y cols., 2010). Además, la recolección de datos se realizó en un único momento, período de agosto - octubre de 2014, lo que corresponde a un estudio del tipo transversal.

3.3. Diseño

El tipo de diseño es etnográfico. Álvarez-Gayou (2003) establece que el propósito de la investigación etnográfica es describir y analizar lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen usualmente y los significados que le dan a ese comportamiento realizado bajo circunstancias comunes; y, asimismo, presentar los resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). El modelo etnográfico es pertinente a la presente investigación, debido a que se buscó describir y analizar ideas y prácticas de grupos de profesionales que trabajan con la estrategia de RBC; además, de interpretar y aunar los resultados a partir de la información recabada para establecer el perfil del fonoaudiólogo que trabaja con esta estrategia.

4. Descripción de la muestra

4.1. Muestra 1: Profesionales fonoaudiólogos que trabajen en centros comunitarios de rehabilitación con la estrategia de RBC en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío, y que cumplan con los criterios de selección.

Tipo de muestra: El tipo de muestreo es no probabilístico, debido a que las muestras no fueron seleccionadas por el azar. El diseño de muestreo es muestras

homogéneas, debido a que la muestra estudiada comparte un mismo perfil o característica; en este caso particular, todos los profesionales son fonoaudiólogos que utilizan la estrategia de RBC y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión explicitados.

Tamaño de las muestras: 14 profesionales fonoaudiólogos que trabajan en centros comunitarios de rehabilitación utilizando la estrategia de RBC en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío.

Unidades de información: Profesional fonoaudiólogo que trabaje en CCR con la estrategia de RBC.

Criterios de selección de muestra de profesionales:

- Criterios de inclusión:
 - Trabajar al momento de la investigación con la estrategia de RBC en los CCR de las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío.
 - Tener mínimo 6 meses de experiencia utilizando la estrategia de RBC.

- Criterios de exclusión:

- No trabajar al momento de la investigación con la estrategia de RBC en los CCR.
- Trabajar al momento de la investigación con la estrategia de RBC en los CCR de regiones que no sean las de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío.
- Tener menos de 6 meses de experiencia utilizando la estrategia de RBC.

4.2. Muestra 2: Profesionales no fonoaudiólogos que trabajen en los centros de rehabilitación comunitaria con la estrategia de RBC en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío, y que cumplan con los criterios de selección.

Tipo de muestra: El tipo de muestreo es no probabilístico, debido a que las muestras no fueron seleccionadas por el azar. El diseño es de muestras homogéneas, debido a que los participantes comparten un mismo perfil o característica. En este caso, todos los profesionales son no fonoaudiólogos que utilizan la estrategia de RBC en los CCR y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión explicitados.

Tamaño de las muestras: 26 profesionales no fonoaudiólogos que trabajan en centros comunitarios de rehabilitación utilizando la estrategia de RBC en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío.

Unidades de información: Profesional no fonoaudiólogo que trabaja en centros comunitarios de rehabilitación con la estrategia de RBC.

Criterios de selección de muestra de profesionales:

- Criterios de inclusión:
 - Trabajar al momento de la investigación en centros comunitarios de rehabilitación con la estrategia de RBC y formar equipos de trabajo con fonoaudiólogos.
 - Trabajar al momento de la investigación con la estrategia de RBC en los CCR y tener un mínimo de 6 meses de experiencia en RBC.

 - Trabajar al momento de la investigación en los CCR con la estrategia de RBC en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío.

- Criterios de exclusión:
 - No trabajar al momento de la investigación en centros comunitarios de rehabilitación con la estrategia de RBC y formar equipos de trabajo con fonoaudiólogos.
 - Trabajar al momento de la investigación en CCR con la estrategia de RBC y no formar equipos de trabajo con fonoaudiólogos.
 - Trabajar al momento de la investigación en CCR con la estrategia de RBC y que tengan menos de 6 meses de experiencia en RBC.
 - Trabajar al momento de la investigación en los CCR con la estrategia de RBC en regiones que no sean las de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío.

5. Categorías

Las categorías, las cuales en la codificación cualitativa son “conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010:452). En esta investigación, se enunciarán a través del análisis de contenidos de la información de la muestra uno, conformada por profesionales fonoaudiólogos, y la muestra dos, conformada por profesionales no fonoaudiólogos.

6. Instrumento de recolección de información

El instrumento que permitió recolectar la información fueron las propias investigadoras. Ellas accedieron a las unidades de información mediante la realización de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a los profesionales fonoaudiólogos y no fonoaudiólogos que trabajan en los CCR, para luego proceder a realizar la transcripción literal de éstas.

7. Herramientas

Las herramientas utilizadas para la recolección de datos corresponden a los registros de las entrevistas semiestructuradas a los profesionales del equipo de salud de los CCR, tanto fonoaudiólogos como no fonoaudiólogos, cuya información cualitativa fue registrada en la bitácora de campo. Las entrevistas son de tipo semiestructuradas y se aplicaron en forma individual a cada profesional de la muestra, abordando contenidos generales que finalizan con preguntas específicas según el curso de la entrevista, dirigidas a la experiencia de cada profesional en el área, su formación de pregrado, actividades que desarrollan dentro del programa de RBC, su opinión sobre las competencias que debe tener un profesional fonoaudiólogo que trabaje en RBC, las competencias que deben poseer estos profesionales, entre otros aspectos.

8. Trabajo de Campo

El trabajo de campo se realizó en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2014. Para llevarlo a cabo, se solicitó el respaldo del fonoaudiólogo Hernán Soto, quien a esa fecha estaba encargado del Departamento de Discapacidad y Rehabilitación de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. Una vez obtenido su apoyo, el proyecto fue presentado

al Comité de Bioética de la Universidad de Valparaíso para su aprobación. Posteriormente se realizó el contacto con la fonoaudióloga Javiera Vivanco, quien forma parte del mismo departamento y fue quien facilitó información de gran parte de los centros a los que se acudió. El resto fue contactado directamente por las investigadoras, ya sea mediante vía telefónica, correo electrónico o redes sociales.

Para las muestras anteriormente mencionadas, las investigadoras escogieron las regiones de Valparaíso, Metropolitana, del Biobío y O'Higgins. Se trabajó en estas tres primeras, debido a que son las que presentan la mayor densidad poblacional en Chile, según el CENSO del año 2002 (INE, 2003). La región de O'Higgins se consideró debido a que el CCR Chimbarongo es un logro entre la Agencia de Cooperación Japonesa (JICA), la Embajada de Japón, la Municipalidad de Chimbarongo y su comunidad (Ministerio de Salud, 2010). Además, el presente trabajo no se extendió al resto del país, ya que existieron dificultades de accesibilidad y distribución de tiempos de las investigadoras.

Subsiguientemente, las investigadoras se contactaron con los directores de cada centro para informarles sobre el estudio y agendar una visita para su realización. El día en que se visitó a los centros respectivos, se le informó a los participantes fonoaudiólogos y no fonoaudiólogos en qué consistiría su participación, así como los objetivos y alcances del presente estudio a través de una ficha de consentimiento, la cual fue firmada por quienes aceptaron participar.

La recopilación de la información se realizó a través de entrevistas individuales semiestructuradas a los profesionales fonoaudiólogos y no fonoaudiólogos pertenecientes a equipos rehabilitadores de los CCR que se incluyen en la muestra, según los criterios de inclusión y exclusión. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en el lugar de trabajo de los profesionales, ya sea en salas facilitadas para tal fin o en oficinas personales, según la disponibilidad del entrevistado y del centro; además, fueron registradas en una grabadora de

voz y sonidos. La información obtenida de la entrevista semiestructurada se registró en la bitácora de campo (Material disponible de manera digital).

Finalmente, la información obtenida de las herramientas de recolección, fue sometida a un análisis de contenido por cada muestra, lo cual permitió lograr el objetivo general de esta investigación.

9. Materiales

- Cuaderno o libreta para tomar apuntes.
- Lápiz.
- Corrector.
- Marcadores.
- Grabadora de voz y sonido Philips GoGear
- Pautas de entrevistas semiestructuradas

RESULTADOS

En el presente capítulo, se exponen los resultados obtenidos en esta investigación. Se presenta la información entregada por los profesionales fonoaudiólogos y profesionales no fonoaudiólogos que trabajan en los centros comunitarios de rehabilitación (CCR) con la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y Biobío. Para cada muestra, se presentará una tabla que sintetiza la información cualitativa de las entrevistas, que incluye características del perfil del fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia RBC, síntesis de las respuestas de los entrevistados y citas de ejemplo. Además, se redacta un resumen sobre las características que deben tener los profesionales fonoaudiólogos y que son necesarias para trabajar con la estrategia de RBC en los centros comunitarios de rehabilitación. De esta última información, se obtuvieron las categorías de la investigación. Toda la información fue extraída desde la bitácora de campo (Material disponible de manera digital).

Muestra 1: Profesionales fonoaudiólogos

La muestra estuvo conformada por catorce profesionales fonoaudiólogos con al menos seis meses de experiencia trabajando con la estrategia de RBC en los CCR de las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío. En los meses de agosto, septiembre y octubre del presente año, se aplicó una entrevista semiestructurada para conocer la experiencia de cada profesional que trabaja con esta estrategia y conocer cuáles deberían ser las características necesarias en el profesional fonoaudiólogo para desempeñar esta labor.

Tabla n°1: Resultados Entrevista Profesional Fonoaudiólogo

Característica	Síntesis	Citas
Empatía	Según lo referido por los profesionales fonoaudiólogos para ejercer en RBC se requiere la capacidad de entender y ponerse en el lugar del otro.	“(…)lograr entender, tener mucha empatía con los pacientes, que logren entender lo que pasa (…) entender siempre que el paciente tiene nombre y apellido y que tienen una vida detrás y que tiene una familia detrás(…)” COD.01
Tolerancia a la frustración	La mayoría de los profesionales fonoaudiólogos concuerdan en que el usuario podría no tener los resultados esperados con la intervención fonoaudiológica, por lo que se debe estar consciente de ello.	“(…)yo creo que la buena tolerancia a la frustración es una de las principales características personales que hay que tener para trabajar en esta estrategia(…)” COD.02
Proactividad	Existe concordancia entre algunos profesionales fonoaudiólogos en que se debe asumir activamente el rol ejercido en la RBC, lo que implica la toma de iniciativas.	“(…) para mí como proactividad es eso, el hecho de ir gestionando, de tener la capacidad de liderar grupos, de generar redes, de gestionar proyectos, de generar recursos, eso es

		<p>súper importante”. COD.03</p> <p>“(…) uno tiene que tener también la iniciativa de querer hacer cosas, de llamar a los pacientes, de crear instancias donde pueda promocionar el trabajo”. COD.09</p>
Flexibilidad	<p>Según las respuestas de algunos fonoaudiólogos, es necesario adaptarse a diversos cambios, ambientes y personalidades, de modo que no disminuya la eficacia y el compromiso con los usuarios y del equipo en un CCR.</p>	<p>“(…) es un derecho de la persona escoger el tema de con quién quiere estar también, si necesita tratamiento fonoaudiológico o kinesiológico, hay que ser flexible al respecto (…)” COD.04</p> <p>“(…) ser capaz de adaptarse, a todo, aaa si tení que ir a meterte al barro allá, ni un drama, eso principalmente (…)” COD.14</p>
Facilitadores del proceso de rehabilitación	<p>Una de las características del fonoaudiólogo que trabaja en RBC es la capacidad de hacer tomar conciencia a los usuarios de su importancia en el proceso de rehabilitación y empoderarlos dentro del</p>	<p>(…) convencer al otro... de que son parte importante de la intervención por el tratamiento que necesita el paciente, la idea de la RBC es que el paciente no vuelva, es decir que sea devuelto a su entorno y que le ayuden a</p>

	mismo.	recuperarse (...)" COD.06
Vocación de servicio	Profesionales fonaudiólogos coinciden en que es necesario entregarse como terapeutas para facilitar el proceso rehabilitador y satisfacer las necesidades sociales de la comunidad.	“(...) tiene que gustar trabajar con la gente, porque como acá hay que desplazarse, no solamente es trabajar con el paciente en forma directa, sino hay que hablar con los familiares, hay que ir hablar con los otros profesionales que estén trabajando con él”. COD.05 “(...) tiene que tener vocación por el servicio por (...) el mayor beneficio al usuario (...)” COD.07
Habilidades Comunicativas	Dentro de las respuestas se observa como característica del profesional fonaudiólogo la capacidad de transmitir ideas tanto a los otros profesionales del equipo de trabajo como a los usuarios.	“(...) el tema de las habilidades comunicativas es súper importante que estén presentes cachay, eee frecuentemente trabajando en un equipo interdisciplinario en el cual hay una conversa constante en el día a día (...)” COD.08
Carisma	Los fonaudiólogos coinciden en que, al trabajar con personas, es necesario poseer la cualidad de atraer a los demás por su presencia, palabra o	“Ser carismático (...) tener buenas relaciones con otros profesionales, ser bien simpático (...) agradable para las personas”. COD.10

	personalidad, generando confianza en los usuarios.	
Proponer objetivos de intervención alcanzables	Según lo referido por los fonoaudiólogos participantes en la investigación hay que proponerse metas que se puedan cumplir, para no crear falsas expectativas en los usuarios.	“(…) cuidadoso con los objetivos que uno se va a que uno va a proponer para los usuarios, ¡ya!, tienen que ser objetivos súper acotados, súper reales, súper llevados a la realidad (…)” COD.11 “(…) hay que ser súper honesto de lo que uno realmente puede hacer con el paciente y lo que no (…)” COD.12
Creatividad	Los profesionales fonoaudiólogos coinciden en la necesidad de generar nuevas ideas o conceptos para una intervención integral.	“(…) creatividad (…)” sobre todo creatividad (…)” COD.13
Conocer el rol de otros profesionales	Al trabajar en equipos que involucran diferentes disciplinas, es necesario saber la labor de los otros profesionales para complementar el trabajo en la rehabilitación.	“Conocer el rol de los otros profesionales para poder hacer derivaciones a tiempo y oportunas (…)” COD.15
Trabajo en equipo	Según los participantes, el trabajo en los CCR debe ser en conjunto con el equipo	“(…) aceptar críticas y ser capaz de identificar de qué forma, desde su propia <i>expertise</i> puede potenciar el

	rehabilitador, respetando y complementando todas las disciplinas y saberes teniendo un objetivo en común.	trabajo del resto del equipo, de las distintas áreas ya sean: médicas, sociales, etc”.COD.16 “(…) también es muy importante tener un buen trabajo en equipo, llevarse bien con el equipo, afiarse bien y poder trabajar en conjunto”. COD.17
Disposición al aprendizaje	Para los fonoaudiólogos entrevistados, es relevante en las funciones del profesional la capacidad de adquirir nuevos conocimientos a través de la experiencia.	“(…) es un enfoque en el que fundamentalmente uno está todo el tiempo aprendiendo de las personas más que transmitiendo conocimientos (…)” COD.18
Compartir conocimientos	Los profesionales fonoaudiólogos destacan la importancia de entregar conocimientos a otros profesionales dentro del equipo, como también a los familiares de los usuarios en rehabilitación.	“(…) Ser súper generosa con la información, o sea, ser generosa en verdad y con la información que uno recibe, con la que le da al paciente y al equipo de trabajo, es sumamente importante”. COD.19
Capacitación en Salud	Según lo referido por los fonoaudiólogos, al trabajar en el sistema público de salud, se	“(…) Necesitamos saber cómo funciona, como por ejemplo, va uno subiendo de grado, qué es

	requieren los conocimientos básicos de cómo funciona éste.	lo que se necesita... cuántas horas de capacitación se requieren (...) qué es el manejo del cuidador... todas esas capacitaciones son muy necesarias". COD.20
Liderazgo	Según refieren los fonoaudiólogos entrevistados, es necesaria la capacidad de guiar tanto al equipo, como a los usuarios en el tema de la rehabilitación.	“(...) hay que tener mucho liderazgo para enfrentarse a los usuarios y también para vivir uno mismo con su rol de fonoaudiólogo y poder transmitir eso y darles confianza a las personas con las que uno trabaja (...)” COD.21
Gestión	Algunos profesionales fonoaudiólogos expresaron la necesidad de realizar acciones para gestionar, por ejemplo, recursos humanos y materiales dentro del CCR.	“(...) Es muy importante la gestión (...) el formar nuevos vínculos con otros profesionales y compañeros acá de la comuna (...)” COD.22
Conocimiento teórico e integral	Según lo recabado en las entrevistas, para ejercer como fonoaudiólogo en un CCR es necesario poseer conocimiento técnico de todas las áreas de la fonoaudiología, además	“(...) el conocimiento... tanto neurofisiológico como neuropatológico... el fonoaudiólogo debe estar muy bien informado y actualizado en cuanto a los

	<p>existe la necesidad de contar con los conocimientos básicos de discapacidad y rehabilitación, sobre todo, en RBC.</p>	<p>conocimientos que necesita para trabajar con los pacientes, sin olvidar el rol que tiene(...)" COD.23</p> <p>“Tiene que ser un fonoaudiólogo integral, porque tiene que manejar todas las áreas, entonces, tiene que manejar la atención de pacientes niños, adultos, con trastornos de la voz, del lenguaje, de la audición.” COD.24</p> <p>“Bueno, de partida, conocer la rehabilitación basada en la comunidad, que para nosotros es relativamente nueva, no es algo que lleve mucho tiempo instaurado (...)" COD.25</p>
<p>Trabajo administrativo</p>	<p>Los fonoaudiólogos entrevistados aluden la importancia del trabajo administrativo en el CCR, principalmente, para llevar la estadística de atenciones y la documentación que es requerida.</p>	<p>“O sea, administrativo mucho, porque tienen que... hay un montón de documentos que uno tiene que manejar dentro de este trabajo y que son importantes, porque eso de una u otra forma entrega la estadística del trabajo que se realizó con pacientes (...)"</p>

		COD.26
Organización	Los fonoaudiólogos destacaron la importancia de organizar las actividades y administrar bien los tiempos, para poder dar una atención de calidad a todos los usuarios.	“(…) hay muchas necesidades que se van poniendo en el camino y los tiempos se hacen poco, o sea, hay que ser... hay que administrar bien los tiempos y organizarse bien (...)” COD.27

En síntesis, de la Tabla N°1 se desprenden las características fundamentales que debería presentar el profesional fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia de RBC en los CCR, las cuales son: empatía, tolerancia a la frustración y trabajo en equipo. Estas fueron referidas por la mayoría de los entrevistados y se fundamentan en la importancia de comprender la situación de discapacidad de cada usuario para poder efectuar una rehabilitación integral y su posterior inclusión a la sociedad como fin último de la rehabilitación, además de ponerse en el lugar de éste. Asimismo, refieren la tolerancia a la frustración, ya que, en ocasiones, no se ven resultados esperados acordes a la intervención realizada o bien, algunos usuarios privilegian la recuperación de la funcionalidad física por sobre la comunicación, debido a la necesidad de inclusión o reinserción laboral. Otra característica fundamental que debería tener el fonoaudiólogo que trabaje en rehabilitación es el trabajo en equipo, lo que conlleva conocer los quehaceres de las otras disciplinas para realizar las derivaciones correspondientes y poder generar una mirada interdisciplinaria en la atención a un usuario. En síntesis, las categorías extraídas de las entrevistas a los fonoaudiólogos son: empatía, tolerancia a la frustración y trabajo en equipo.

Muestra 2: Profesionales no fonoaudiólogos

La muestra estuvo conformada por veintiséis profesionales no fonoaudiólogos, con al menos seis meses de experiencia trabajando con la estrategia de RBC en los CCR y que estuviesen formando equipo con el profesional fonoaudiólogo al momento de la visita, en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío. En los meses de agosto, septiembre y octubre del presente año, se aplicó una entrevista semiestructurada al profesional que trabaja en equipo con el fonoaudiólogo para recabar las características que debería tener este último profesional para desempeñarse en RBC.

Tabla n°2: Resultados Entrevista Profesional No Fonoaudiólogo

Características	Síntesis	Citas
Conocimiento Teórico	De acuerdo a lo mencionado por los terapeutas entrevistados, el profesional fonoaudiólogo debe poseer una base teórica sobre fonoaudiología, así como de salud en general y RBC.	“(...) debiese tener toda la base teórica, fisiopatológica principal necesaria para poder tratar con... con personas que tengan alguna necesidad de la atención fonoaudiológica, como por ejemplo, accidentes vasculares, IAM, eesecueledos, eee otros tipos de enfermedades neuromusculares que puedan tener necesidad fonoaudiológica (...)” COD.28

		“(…) falta formación en lo que es la RBC (…) los profesionales que están pensados que puedan trabajar en ellos (CCR), tienen que tener dentro de su formación esos conocimientos.” COD.29
Vocación de servicio	Según sus pares, el profesional fonoaudiólogo debe estar a gusto con lo que hace y ser un profesional comprometido con su labor en el CCR, para de este modo satisfacer las necesidades sociales de la comunidad.	“(…) tiene que gustarle lo que hace, no tiene que venir por plata, independiente que todos trabajamos por plata, para RBC se necesita otra cosa, que es un espíritu de trabajo con la gente.” COD.30
Ser cercano con los usuarios	El profesional fonoaudiólogo debe ser cercano e involucrarse con el usuario en forma global y vinculado con su contexto.	“(…) sea una persona de piel, que coloque límites pero de piel, eso fundamental ante todo (…) la calidad humana es lo más importante.” COD.31
Trabajo en equipo	Los profesionales no fonoaudiólogos destacaron lo esencial del trabajo en equipo para la labor interdisciplinaria, teniendo en cuenta siempre un objetivo en común.	“(…) la habilidad de trabajar en equipo es esencial, o sea, si tu no le das una mirada multidisciplinaria o mejor interdisciplinaria eee jamás vai’ a ver al paciente... al usuario como una persona

		completa, holística en su contexto. Eee entonces jamás vai' a poder reintegrarla a la sociedad po', reintegrarla en su participación (...)" COD.32
Tolerancia a la frustración	La tolerancia a la frustración destaca constantemente como una característica que debe tener el profesional fonoaudiólogo que trabaja con RBC, debido a que el usuario podría no tener los resultados esperados con la intervención fonoaudiológica o el trabajo podría ser muy complejo, por lo que se debe estar consciente de esto.	"(...) capacidad de autorregulación y de no frustración... el trabajo que se da es tan complejo que en realidad frustrarse por alguna u otra razón es muy fácil (...)" COD.33
Conciencia social	La conciencia social es una característica que debe estar presente en un fonoaudiólogo, ya que se debe tener conocimiento sobre el estado de los demás integrantes de la comunidad.	"(...) que tenga conciencia social de que hay personas que están discapacitadas, por ejemplo, o niños que tienen padres negligentes, que son de escasos recursos y la idea es un poco ponerse la camiseta por eso, no solamente que es un trabajo que vienen acá y que yo les hago tal

		intervención y se va. (...)” COD.34
Empatía	De acuerdo a las opiniones de los profesionales no fonoaudiólogos, la empatía es necesaria para entender y ponerse en el lugar del usuario.	“(…) Yo creo que para todos los profesionales en general, la paciencia y la empatía (...) hay que ponerse en el lugar del otro, porque, claro, a lo mejor uno no tiene la discapacidad que tiene la otra persona... uno piensa que las cosas son fáciles y no son así”. COD.35
Iniciativa	El profesional fonoaudiólogo que trabaja en los CCR, según los entrevistados, debe tener entre sus características la iniciativa para generar y emprender nuevas ideas en beneficio de los usuarios.	“Bueno, primero que todo tiene que tener iniciativa cierto, de generar proyectos nuevos o innovar siempre con algún tipo de estrategia (...)” COD.36
Gestión	Los profesionales no fonoaudiólogos destacan que dentro de las competencias del fonoaudiólogo debe estar presente la gestión, pero señalan que, a pesar de esto, en la práctica no se evidencia tal conocimiento.	“(…) la parte de la gestión, que consiste básicamente en que ella pueda diseñar talleres, en que pueda por ejemplo generar un informe, en que pueda coordinar actividades con la red de apoyo que tiene el CCR (...)” COD.37

		<p>“(...) por lo que yo he notado, los alumnos no salen con la capacidad de gestión de proyectos, no salen con capacidad de gestión de ayuda técnicas, no conocen que es lo que pueden hacer desde el punto de vista administrativo (...)”</p> <p>COD.38</p>
Ser Inclusivo	<p>Dentro de las respuestas obtenidas, se menciona que el enfoque del profesional fonoaudiólogo debe ser inclusivo para que el usuario logre desarrollarse y reinsertarse en distintos contextos.</p>	<p>“(...) el rehabilitador como tal tiene el objetivo de incluir a esta persona a la comunidad, no integrarla, ni mucho menos dejarla que esté en la comunidad, solamente incluirla. Y la inclusión no va en el tema de darle una buena salud, darle una buena educación y ambiente laboral, sino también darle tiempos de ocio, entretención, que son otras áreas que no se han focalizado en el tema de la RBC”. COD.39</p>
Proactividad	<p>Según lo referido por los profesionales no fonoaudiólogos, el</p>	<p>“(...) tener una persona que sea proactiva, genere cambios y que se</p>

	fonoaudiólogo que trabaja en RBC debe ser una persona proactiva, que tenga el deseo de realizar nuevas actividades y generar cambios.	crea el cuento (...) la posibilidad de generar realmente cambios (...)” COD.40
Liderazgo	Los profesionales no fonoaudiólogos destacan la importancia del liderazgo para influir en la forma de ser de los usuarios y del equipo, haciendo que se trabaje con entusiasmo en el logro de los objetivos.	“(...) todas las habilidades que puedan tener son bienvenidas, o sea, van a ayudar a aportar a un equipo, en cuanto a liderazgo y todo (...)” COD.41
Polifuncionalidad	Según refieren los profesionales no fonoaudiólogos entrevistados, en un equipo, es necesaria la polifuncionalidad para complementar el trabajo entre los terapeutas.	“(...) ser polifuncional, en algún minuto, el fonoaudiólogo debería tener la capacidad de hacer los ejercicios, porque el kinesiólogo no está, y ser capaz de enseñarle al psicólogo o al kinesiólogo(...)” COD.42
Flexibilidad	Según lo recabado en las entrevistas, la característica de la flexibilidad es necesaria para adaptarse a diversos cambios, ambientes y personalidades.	“(...) tener la disposición de flexibilizar de repente acciones, de ser también abierto a la comunidad a estas demandas que te pueda hacer la misma comunidad o los equipos con los que se

		está trabajando (...)” COD.43
--	--	----------------------------------

A modo de síntesis, los entrevistados no fonoaudiólogos de la muestra 2 mencionaron que las características necesarias que debe tener el profesional fonoaudiólogo para trabajar con la estrategia de RBC en los centros comunitarios de rehabilitación son, principalmente, la empatía, la conciencia social y los conocimientos teóricos, que son la base para ejercer este trabajo. Las dos primeras características mencionadas hacen referencia a que el trabajo en estos centros requiere de un profesional humanitario, que sea capaz de ponerse en el lugar del otro y que esté consciente de las necesidades y requerimientos de los usuarios, que se suman al conocimiento teórico disciplinar, el cual debe demostrar a lo largo de sus intervenciones a los usuarios teniendo manejo de todas las áreas de la fonoaudiología. Todas estas características se consideran un pilar fundamental y que debería estar presente en los profesionales fonoaudiólogos que trabajen con la estrategia de RBC en los CCR. En síntesis, las categorías mencionadas en la metodología son: empatía, conciencia social y conocimientos teóricos.

DISCUSIÓN

En el presente capítulo se expondrá el análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas a los profesionales fonoaudiólogos y a los profesionales no fonoaudiólogos. Se plantearán los hallazgos encontrados y su relación con los objetivos propuestos para la investigación. Además, se establecerá una relación entre los resultados obtenidos y el marco teórico desarrollado al comienzo de la investigación.

De acuerdo a lo expuesto por Minguijón, Penacho y Pac (2005), un profesional que trabaje bajo un modelo biopsicosocial (BSS) debe tener una perspectiva biológica, individual y social de la salud para abordar la discapacidad. Según las bases del modelo BSS, los postulados que se vinculan con el quehacer del profesional fonoaudiólogo son; la enfermedad no siempre se corresponde con los síntomas y su relevancia para el paciente, y el éxito del tratamiento dependerá de la interacción entre el profesional de la salud, la familia y el paciente y este éxito estará influido por variables psicosociales.

Para que el profesional fonoaudiólogo que trabaja en los centros comunitarios de rehabilitación (CCR) plasme las bases antes mencionadas en su quehacer diario, debe ser un profesional que cuente con ciertas características. Según lo expuesto por Maggiolo (1999), entre ellas se encuentran: vocación de servicio; alto compromiso con la comunidad; capacidad de gestión a nivel personal y laboral; actitud ética, según normas sociales y su quehacer; interés por la investigación científica; demostración de conocimientos integrados y actualizados; valoración de la dimensión BSS de sus pacientes; capacidad de integrarse activamente en un equipo multidisciplinario; creatividad e iniciativa que permitan la adaptación a diversos escenarios en su quehacer; valoración de las redes sociales en las acciones en salud; y participación en el diseño e implementación de las políticas nacionales del sector salud y educación.

El primer objetivo planteado en esta investigación fue establecer las características del fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia de rehabilitación con base comunitaria (RBC), a través de la opinión de fonoaudiólogos que trabajan en los CCR. Las categorías mencionadas con mayor frecuencia entre los participantes de la muestra 1 fueron: la empatía, la tolerancia a la frustración y el trabajo en equipo. Además, los entrevistados consideran importante la proactividad, la flexibilidad, ser facilitadores del proceso de rehabilitación, la vocación de servicio, las habilidades comunicativas, ser carismático, proponer objetivos de intervención alcanzables, la creatividad, el conocer el rol de otros profesionales, disposición al aprendizaje, compartir conocimientos, la capacitación en salud, el liderazgo, la gestión, el conocimiento teórico e integral, el trabajo administrativo y la organización.

Los resultados expuestos anteriormente coinciden plenamente con lo señalado por Maggiolo (1999) y Minguijón, Penacho y Pac (2005), respecto al perfil que presentan los fonoaudiólogos que actualmente trabajan en los CCR. El fonoaudiólogo, por tanto, juega un rol importante en la rehabilitación comunitaria que se da en los CCR y requiere de diversas habilidades, tanto personales como profesionales, las cuales, en algunos terapeutas, forman parte de su esencia; mientras que en otros, se van desarrollando o se espera que así lo sea, a lo largo del ejercicio de la profesión. Estas habilidades, principalmente sociales, son muy relevantes, pues el profesional fonoaudiólogo trata directamente con el usuario, haciéndolo parte de su propio proceso rehabilitador y de este modo poner en práctica los postulados del modelo BSS para lograr una rehabilitación que integre todos los participantes que considera la RBC.

De acuerdo a lo observado en los centros, queda en evidencia que el trabajo que realiza el fonoaudiólogo en los CCR no lo hace de forma individual, sino que hay un equipo interdisciplinario de profesionales que buscan que el objetivo se cumpla. Para ello, el fonoaudiólogo no sólo debe relacionarse con el paciente, sino también con los demás profesionales de la salud. Todos deben estar en conocimiento de la labor que cada uno desempeña y los objetivos terapéuticos deben ser planteados en común considerando también

los deseos y necesidades de los usuarios. Además, debe tener un conocimiento integral de las diferentes áreas de la fonoaudiología y sus patologías, pues es muy amplio su campo de acción y debe actualizarse frecuentemente en conocimientos tanto teóricos, como de RBC.

Por otro lado, el segundo objetivo propuesto en esta investigación fue establecer las características del fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia RBC, a través de la opinión de profesionales no fonoaudiólogos que trabajan en los CCR. A partir de la muestra 2, conformada por profesionales no fonoaudiólogos que trabajan junto al fonoaudiólogo, se obtuvo que las características más destacadas que debería tener un fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia RBC son: la empatía, conciencia social y conocimiento teórico. Además de éstas, surgieron otras características que debe poseer este profesional, a saber, vocación de servicio, ser cercano con el usuario, trabajo en equipo, tolerancia a la frustración, iniciativa, gestión, ser inclusivo, proactividad, liderazgo, polifuncionalidad y flexibilidad.

El organismo nacional encargado de velar por el cumplimiento de los derechos y las necesidades de las personas con discapacidad (PcD) es el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (Ministerio de Planificación, 2010). Dentro de este marco regulatorio, deben desempeñarse los profesionales de la salud y los equipos rehabilitadores que trabajan en centros comunitarios con la estrategia de RBC los cuales están integrados por profesionales como kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, entre otros. Las intervenciones de estos terapeutas deben estar basadas en los objetivos propuestos por la RBC, entre los que destacan “asegurar que las PcD puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales (...) y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general” (Ministerio de Planificación, 2010:3), además de “impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las PcD mediante transformaciones en la comunidad (...)” (Ministerio de Planificación, 2010:3). Ambos objetivos contribuirán a la inclusión social, el aumento en la calidad de vida y la igualdad de oportunidades para las PcD, por lo cual, todos los profesionales deberían ponerlo en práctica.

El fonoaudiólogo, para poder insertarse en el marco regulatorio que aporta el SENADIS y cumplir con los objetivos propuestos por RBC, debe contar con un perfil profesional acorde al contexto. A partir de la investigación, se observó que existe concordancia en las características expuestas por los profesionales de ambas muestras. Por ello, el profesional debe cumplir su rol de terapeuta de la comunicación y la deglución con el usuario, pero además debe interactuar directamente con la familia y el entorno social del usuario. Debe ser capaz de capacitar tanto a la PcD, como a la familia y su entorno social, para que sean ellos los guías de la rehabilitación y continúen la labor del profesional y lograr el fin último de la RBC; la inclusión, ya sea familiar, social, laboral, educativa, entre otras, para así fortalecer a la persona en las diferentes áreas de su vida

CONCLUSIÓN

A partir del análisis de los resultados de la investigación titulada “Perfil del fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia de rehabilitación con base comunitaria (RBC) en los centros comunitarios de rehabilitación de las Regiones de Valparaíso, Metropolitana, O’Higgins y del Biobío”, se logró una categorización de características necesarias para el perfil del fonoaudiólogo que trabaja con la estrategia RBC en los centros comunitarios de rehabilitación (CCR). De la primera muestra, integrada por profesionales fonoaudiólogos, las categorías obtenidas fueron: empatía, tolerancia a la frustración y trabajo en equipo. Asimismo, de la segunda muestra, compuesta por profesionales no fonoaudiólogos, las categorías identificadas fueron: empatía, conciencia social y conocimiento teórico.

Los resultados permiten inferir que estas características son necesarias para aquel fonoaudiólogo que quiera desempeñarse en un CCR con la estrategia RBC, ya que debe ser un profesional que tenga habilidades sociales y comunitarias. La empatía fue la categoría que se evidenció en ambos grupos, lo cual se debe a que el trabajo con RBC involucra una comprensión de la persona y su discapacidad desde una perspectiva inclusiva para poder efectuar una rehabilitación integral junto con el equipo de trabajo.

Si bien las investigadoras no fueron consideradas como parte de la muestra, creen relevante referirse al perfil del fonoaudiólogo y a las características presentes en este profesional, pues en el trabajo de campo se pudo observar que a pesar de que las características se encuentran consensuadas por los terapeutas que trabajan con RBC, ha quedado de manifiesto que esto no es replicable a todos los centros visitados, observándose en ciertos centros que el modelo por el que se rigen es más cercano al biomédico que al biopsicosocial. Es decir, no existe concordancia entre lo que plantean y el quehacer diario dentro del CCR lo que puede deberse, en gran parte, a que la estrategia se ha ido incorporando lentamente en el accionar de los profesionales. Además, el fonoaudiólogo es un profesional

cuya formación de pregrado, en la mayoría de los casos, no tiene contemplada la estrategia de RBC, por lo que su aprendizaje en torno a esta estrategia comienza, generalmente, una vez que trabaja con ella.

En el transcurso de esta investigación se presentaron tres limitaciones importantes. La primera de ellas fue la escasa información teórica sobre RBC referida al contexto de Chile. Debido a esto, fue difícil saber cuál es la realidad actual a nivel país, ya que es una estrategia no muy conocida entre los profesionales de la salud. La segunda limitación, fue la dificultad para acceder a la información oficial y actualizada de los CCR presentes en cada región, así como tomar el contacto directo con éstos. Por ello, las investigadoras debieron buscar otros medios para ubicar algunos centros, por ejemplo, a través de las redes sociales o mediante contacto telefónico con las respectivas municipalidades. Además de lo anterior, en la búsqueda de la información de los CCR, se constató el desconocimiento sobre el tema, tanto en las instituciones municipales, como de salud. La última limitación fue la dificultad en el acceso a los CCR, pues las largas distancias entre un centro y otro, implicaron una mayor inversión de tiempo y recursos para poder movilizarse.

Por otro lado, la investigación permitió constatar algunas necesidades en el desarrollo profesional del fonoaudiólogo, las cuales son importantes de destacar para generar conciencia entre los mismos profesionales como en las autoridades encargadas de generar políticas públicas en salud. La primera de ellas es el desconocimiento que se tiene con respecto al campo de acción que tienen los fonoaudiólogos dentro del ámbito de la salud pública, lo que se observa tanto de parte de la comunidad, como de otros profesionales y de instituciones en las que trabajan. La visión que se tiene del profesional está muy limitada al área de educación y de lenguaje infantil. Además, de acuerdo a las orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S. (Ministerio de Salud, 2010), los profesionales necesarios para conformar el equipo de trabajo de un CCR son kinesiólogo, terapeuta ocupacional, asistente social, médico de familia o general, nutricionista, enfermera, psicólogo, de acuerdo a las necesidades locales. Por consiguiente, el profesional

fonoaudiólogo no siempre se considera dentro del equipo base necesario para el funcionamiento de un CCR, lo que conlleva una escasa o nula contratación de ellos; a su vez, la mayoría de los que se encuentran contratados cuentan con pocas horas de atención, lo que limita sus intervenciones ya sea a nivel de usuarios como del mismo equipo de profesionales. Además, en los centros que cuentan con profesional fonoaudiólogo muchas veces no se sistematizan las intervenciones, habiendo escasos antecedentes de la labor de este terapeuta en RBC.

El objetivo de la investigación se logró a cabalidad, debido a que fue posible identificar las características que determinan el perfil del fonoaudiólogo que trabaja en los CCR con la estrategia de RBC, en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y del Biobío. Es posible, por lo tanto, realizar diversas proyecciones. En primer lugar, se propone realizar este estudio en las regiones no abarcadas, así como también, considerar una muestra de usuarios atendidos por el fonoaudiólogo. En segundo lugar, se sugiere realizar futuras investigaciones que contrasten el perfil del fonoaudiólogo egresado con el perfil del fonoaudiólogo que trabaja en RBC, además de estudios que promuevan la innovación de las mallas curriculares e impulsar el aumento de posgrados relacionados a la formación en RBC, integrando asignaturas que consideren el modelo biopsicosocial, la rehabilitación comunitaria y la salud pública, para que el futuro fonoaudiólogo, o aquel que realice posgrados en esta área, tenga las competencias y motivación para integrarse en ella.

En tercer lugar, se sugiere que los profesionales que trabajen en los CCR y los fonoaudiólogos desarrollen instancias que permitan dar cuenta de la labor que realizan y de la importancia de su incorporación dentro de los equipos profesionales que los conforman. Por último, debido a la escasa información de la labor del fonoaudiólogo en atención primaria en las mallas curriculares, se sugiere crear instancias de intercambio de conocimiento de cómo funciona este sistema, ya sea mediante trabajos de pregrado, prácticas de observación o a través de prácticas profesionales en el área, lo que permitiría fomentar el nuevo campo laboral.

En definitiva, los profesionales de la salud deben tener la capacidad de adaptarse al contexto en que trabajan, considerando el modelo más adecuado para llevar a cabo la rehabilitación. Por consiguiente, al momento de trabajar en rehabilitación comunitaria, tienen que saber adoptar un modelo biopsicosocial, y comprender que la rehabilitación no finaliza en los hospitales, sino que se proyecta hacia la comunidad, puesto que su objetivo es la inclusión familiar, social, laboral, educativa, entre otras. Sin embargo, aunque esta estrategia fue propuesta hace más de 30 años, sólo los acuerdos y convenios establecidos en los últimos años han permitido ir sistematizando su implementación, por lo que se hace necesaria la información y formación de profesionales considerando las competencias que han sido definidas a lo largo de esta investigación.

Anexos

Anexo 1:

Entrevista Semiestructurada Profesionales Fonoaudiólogos

1. Nombre, profesión, lugar de trabajo y años de trabajo en el CCR correspondiente
2. ¿Ha tenido experiencias previas en RBC? ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con la estrategia de RBC? ¿Cómo ha sido su experiencia?
3. ¿En qué universidad estudió? ¿Usted piensa que las asignaturas cursadas durante su formación de pregrado le han servido para el ejercicio de este trabajo en particular? ¿Cuáles?
4. ¿Ha realizado algún posgrado o cursos de formación en relación a su actual trabajo?
5. ¿Qué actividades realiza dentro del programa de RBC?
6. Trabajos previos: ¿En qué área se desempeñaba? ¿En qué consistía su trabajo?
7. En relación a su actividad laboral previa, ¿Qué diferencias encuentra entre sus anteriores trabajos y la rehabilitación con enfoque comunitario?
8. En su opinión, ¿Qué características debería tener un profesional fonoaudiólogo que trabaje en RBC?
9. ¿Qué competencias, tanto personales como profesionales, deben tener el fonoaudiólogo?

Anexo 2:

Entrevista semiestructurada 2° profesionales no fonoaudiólogos

1. ¿Cuál ha sido su experiencia anterior como terapeuta?
2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con la estrategia de RBC? ¿Cómo ha sido su experiencia?
3. ¿Conoce la labor del fonoaudiólogo en rehabilitación integral?
4. ¿En qué aporta el fonoaudiólogo en su quehacer diario con la estrategia RBC? ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario junto al fonoaudiólogo?
5. ¿Conoce la matriz de RBC? ¿Usted ve reflejada la matriz de RBC en su quehacer laboral diario, en cuanto a la integración del fonoaudiólogo?
6. En su opinión, ¿Qué características debería tener un profesional fonoaudiólogo que trabaje en RBC?

Anexo 3:

Consentimiento informado para participantes

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Perfil del fonoaudiólogo que trabaja en estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC)”, cuya investigadora principal es la fonoaudióloga Viviana García U., quien contará con la colaboración de las estudiantes tesistas Katherine Adriani G., Valentina Cortés E., Verónica Moraga B. y Tamara Valencia P. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración. La presente investigación se realizará en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O’Higgins y del Biobío durante el año 2014. La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) promueve la participación y los derechos de las personas con discapacidad impulsando la colaboración de diferentes sectores de la sociedad para dar apoyo a las necesidades y actividades comunitarias, así como la cooperación entre todos los grupos que puedan contribuir al logro de sus objetivos. El fonoaudiólogo, entre otros, es uno de los profesionales que participa en el equipo que aplica esta estrategia, pero aún no están definidas las competencias y habilidades con las que debe contar para cumplir con los requerimientos de RBC. La presente investigación que busca definir el perfil del fonoaudiólogo que trabaje con la estrategia RBC.

1. Su participación es voluntaria, no recibirá remuneración, ni tendrá que incurrir en gastos.

2. Su participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada en la que se le solicitará información sobre su propia experiencia en el funcionamiento de la estrategia de RBC y conocimientos acerca de la labor del fonoaudiólogo en dicha estrategia. Durante la realización de la entrevista, las investigadoras podrán grabar o filmar la conversación, además de tomar apuntes en una libreta. La entrevista se llevará a cabo en su lugar de trabajo, en el año 2014, y durará aproximadamente entre media y una hora.

3. La investigación no implica riesgo o gasto alguno para usted.
4. Si le surgiera alguna duda durante la investigación, puede consultarlas en cualquier momento a los siguientes teléfonos de contacto: :(9)5922103 (Katherine), (9)9334678 (Valentina), (9)6489544 (Verónica), (9)7775293 (Tamara).
5. Puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario comunicándose al investigador principal, sin que ello lo perjudique en modo alguno.
6. Su identidad nunca será revelada; en lugar de su nombre se utilizará un código numérico, como: participante 1, participante 2, participante 3, etc.
7. El registro de los datos obtenidos será reservado, y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores. Estos datos serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicado en su oficina que se encuentra en dependencias de la Escuela de Fonoaudiología en calle Alcalde Prieto Nieto #452, Viña del Mar.
8. Los resultados obtenidos podrán ser divulgados, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas. Estos también podrán ser utilizados en otras investigaciones, siempre que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, y preservando la identidad del participante. Además, tendrá acceso a los resultados, si lo requiere.
9. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

Si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Nombre y Firma Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Valparaíso..... de.....de 2014.

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

Yo..... (Nombre y apellidos), RUT (dígitos numéricos), DECLARO que la investigadora principal, fonoaudióloga Viviana García U., en conjunto con las estudiantes tesistas Katherine Adriani G., Valentina Cortés E., Verónica Moraga B. y Tamara Valencia P. de la Escuela de Fonoaudiología, ubicada en Calle Alcalde Sergio Prieto Nieto N° 452 de la ciudad de Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “Perfil del fonoaudiólogo que trabaja en estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC)” que llevarán a cabo en Valparaíso y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido, y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es establecer el perfil del fonoaudiólogo que trabaja en la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), ya que aún no están definidas las habilidades con las que debe contar para cumplir con los requerimientos de RBC, lo que es necesario para su inserción en el equipo que trabaja con este tipo de rehabilitación.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en responder una entrevista semiestructurada en la que se me solicitará información sobre mi propia experiencia en el funcionamiento de la estrategia de RBC y conocimientos acerca de la labor del fonoaudiólogo en dicha estrategia. Esta se llevará a cabo en mi lugar de trabajo, en el año 2014, podrá ser grabada o filmada y durará aproximadamente entre media y una hora.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código numérico, como: participante 1, participante 2, participante 3, etc. y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.

6. No recibiré remuneración por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.

7. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí, informándole a la investigadora principal mi decisión.

8. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y/o a sus colaboradores, en cualquier momento de la investigación, a quienes podré contactar en el fono: (9)5922103 (Katherine), (9)9334678 (Valentina), (9)6489544 (Verónica), (9)7775293 (Tamara).

9. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaría administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

Nombre Participante y Firma Participante
RUT:

Nombre y Firma Director Establecimiento
RUT:

Nombre y Firma Investigador
RUT:

Valparaíso,dede 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amate A, Vásquez A, (eds.)(2006) *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Washington: OPS/OMS.
- Barbieri, Z. (1999) *Perfil Profesional del Fonoaudiólogo Chileno*. Revista Chilena de Fonoaudiología. Universidad de Chile Vol. N°2 Impresora Valus S.A.
- Borrel, F. y Cebriá, J. (1995) *Relación asistencial y modelo biopsicosocial en Martín Zurro*, A., Cano, F. y editores. *Atención Primaria*. Madrid: HarcourtBrace.
- Borrel, F. (2002) *El modelo biopsicosocial en evolución*. *Medicina Clínica*; 119 (5): 175-179.
- Céspedes, G. (2005) *La nueva cultura de la discapacidad y modelos de rehabilitación*. Revista Aquichan Año 5 Vol. 1 (5): 108-113, Chía, Colombia.
- Colegio de Fonoaudiólogos de Chile A.G. (1983) *Código de Ética*. Registro N° 1145 diciembre 11 de 1983.
- Consortio Internacional de Discapacidad y Desarrollo (IDDC). (2012) *Guías para la RBC como herramienta para el desarrollo inclusivo basado en la comunidad*. IDDC.
- Departamento de Evaluación de La Ley. (2012) *Taller de Evaluación Ciudadana Ley 20.422 Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad*. Valparaíso, Chile: Cámara de Diputados de Chile.
- Díaz U, Sanz S, Sahonero M, Ledesma S, Cachimue M, Torrico M. (2012) *Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia*. *Ciência&SaúdeColetiva*, 17(1):p. 167-177, 2012.
- Engel, G. (1977) *The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine*. *Science*; 196: p. 129-136.

- Equipo RBC del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC) (2005). *Sistematización Rehabilitación con Base Comunitaria en Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda*. Santiago, Chile.
- Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) (2004). *Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile: ENDISC- Chile 2004*. Santiago, Chile.
- Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) e Instituto Nacional de Estadística (INE) (2005). *Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile: ENDISC- CIF Chile 2004*. Santiago, Chile.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. (5a Ed.) México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Aragonés de Empleo (2005) *Discapacidad y Empleo*. Gobierno de Aragón. Zaragoza, España.
- Jirón, N. (2009) *Reseña del Artículo: Conceptos básicos de Rehabilitación y Habilitación* [En línea] Disponible en <http://es.shvoong.com/medicine-and-health/epidemiology-public-health/1863076-conceptos-b%C3%A1sicos-rehabilitaci%C3%B3n-habilitaci%C3%B3n/>, visitado el 28 de abril de 2014.
- León, J., Medina, S., Barriga, J., Ballesteros, A y Herrera, I. (2004) *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Editorial UOC. Barcelona, España.
- Lugo, L.; Restrepo, R.; Salinas, F. (2008) *Rehabilitación en Salud*. 2ª ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Maggiolo, M. y Schwalm, E. (1999) *Escuela de Fonoaudiología: notas acerca de su historia*. Revista Chilena de Fonoaudiología. Vol. 1, p. 5-10.
- Martínez, L.; Cabezas, C.; Labra, M.; Hernández, R.; Martínez, L.; Cerutti, M. y Malebrán, C. (2006) *La Logopedia en Iberoamérica* en Actas del XXV Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología. Granada: España, junio 2006.
- Minguijón, J.; Penacho, A.; Pac, D. (2005) *Discapacidad y empleo*. [En línea] Disponible en Servicio de Estudios Fundación Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón: <http://www.cai.es/sestudios/pdf/discapac/3.pdf>, visitado el 8 de abril de 2014.

- Ministerio de Desarrollo Social (2013). *Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020. Servicio Nacional de la Discapacidad.*
- Ministerio de Planificación (2009). *Ley N° 20.370 Establece la Ley General de Educación.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Planificación (2010). *Ley N° 20.422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Planificación (2010). *Ley N° 20.422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Planificación (2010) Servicio Nacional de Discapacidad. Una nueva mirada en las Políticas de Discapacidad. Gobierno de Chile. [En línea]. Disponible en:http://www.achm.cl/eventos/SISTEMA_DE_FORMACION_CAPACITACION_MUNICIPAL/html/DOCUMENTOS/2010/XXXV_ESCUELA_DE_CAPACITACION_ARICA/PPT06.pdf, visitado el 18 de Abril de 2014.
- Ministerio de Salud. (2012). *COMPIN Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.* [En línea]. Disponible en: http://compin.redsalud.gob.cl/?page_id=15, visitado el 17 de Abril de 2014.
- Ministerio de Salud (2010). Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S. 2010-2014. [En línea]. Disponible en <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/225/documento> , visitado el 22 de octubre de 2014.
- Ministerio de Salud (2010) Sistematización de la Experiencia de Rehabilitación basada en la Comunidad en Chimbarongo. . [En línea]. Disponible en <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/236/documento>, visitado el 22 de octubre de 2014.

- Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994) *Rehabilitación basada en la comunidad con y para las personas con discapacidad*. Ponencia conjunta.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004) *RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. Documento de posición conjunta.
- Organización Mundial de la Salud. (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. [En línea] Disponible en <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>, visitado el 28 de abril de 2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) *Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). *Seminario Políticas Sociales y Rehabilitación Integral en los Países del Cono Sur*. Montevideo.
- Oyarzún, E. (2008) *Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial*. [En línea] Disponible en https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar?id_material=182943, visitado el 28 de abril de 2014.
- Romero, L. (2012) *Desplazamiento respecto de los saberes disciplinares de la Fonoaudiología*. Revista Chilena de Fonoaudiología. ISSN 0717-4659. Vol. 11, p. 99-106.
- Soto, H. (2009). *Gestión Proyecto de Cooperación “Experiencia de Cooperación Internacional en Rehabilitación Japón-Chile-Costa Rica” Efecto de Protección Económica de la Rehabilitación*. Ministerio de Salud. [En línea]. Disponible en

http://www.disred.cl/archivos/download/Costa%20Rica/JCPP%20CR%20CIERRE_HSOTO.pdf, visitado el 15 de abril de 2013.

Soto, H.; Osorio, P. (2009). *Modelo de clasificación y valoración de personas con discapacidad en Chile, sus principales ventajas y desventajas. Cuáles son los desafíos existentes al respecto*. Ministerio de Salud. [En línea].

Disponible en:

http://forumraadh.sedh.gov.br/file.php/1/Atas/2009_ACTA01/RAADD_HH_2009_ACTA01_ANE08_PcD/Anexo%20V/RAADDHHGTPPD_2009_ACTA01_ANE05_ES_ModeloClasificacValoracPersonasConDiscapacCH.pdf, visitado el 17 de abril de 2014.

Soto, H. (2013) *Concepto de Discapacidad y Enfoque Biopsicosocial. Curso Internacional de Rehabilitación 2013*. Gobierno de Chile. Santiago, 14 de octubre de 2013.

Soto, H. (2013) “Aplicación de la CIF: Instrumento de valoración de desempeño en comunidad (IVADEC-CIF)”. Ministerio de Salud. [En línea]. Disponible en: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/7_Hernan_Soto_CIF_IVADEC.pdf, visitado el 16 de abril de 2014.

Vázquez, A.; Cáceres, N. (2008) *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud*. 1ª ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS.

Zondek, A., Zepeda, M., González, F. y Recabarren, E. (2006) *Discapacidad en Chile: Pasos hacia un Modelo Integral del Funcionamiento Humano*. Fondo Nacional de la Discapacidad. Ministerio de Planificación. Gobierno de Chile.