



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA**

**CARACTERIZACIÓN DEL QUEHACER FONOAUDIOLÓGICO EN DOS
CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE
REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA.**

INTEGRANTES:

Fernanda Espinosa V.

Paulina Herrera M.

Dominique Venegas M.

TUTOR PRINCIPAL:

Sara Tapia

TUTORES ASOCIADOS:

Claudia Olivares

Juan Eduardo Parry

Santiago – Chile

2014



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

**CARACTERIZACIÓN DEL QUEHACER FONOAUDIOLÓGICO EN DOS
CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE
REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA.**

INTEGRANTES:

Fernanda Espinosa V.

Paulina Herrera M.

Dominique Venegas M.

TUTOR PRINCIPAL:

Sara Tapia

TUTORES ASOCIADOS:

Claudia Olivares

Juan Eduardo Parry

Santiago – Chile

2014

Agradecemos a los (las) fonoaudiólogos (as)
que tuvieron la disposición desinteresada de participar
en este seminario de investigación, entregándonos su tiempo
y permitiéndonos acompañarles en su quehacer profesional diario.
Además agradecemos la ayuda y apoyo entregado por nuestros
tutores en pro de mejorar la investigación.

INDICE

CONTENIDO	PAG.
Resumen	VII
Abstract	VIII
Introducción	9
CAPÍTULO I. Antecedentes contextualizadores de la investigación	
A. Antecedentes históricos	
A.1 Historia de la salud y rehabilitación	12
A.2 Enfoques de atención e intervención en el área de la salud	15
A.3 Políticas internacionales y nacionales sobre discapacidad.	18
A.4 Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC):	24
A.4.1 Recomendaciones internacionales	24
A.4.2 Implementación en Chile.	27
A.5 Organización del sistema de salud en Chile	28
A.5.1 Atención primaria de salud: Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR)	29
A.5.2 Atención secundaria y terciaria	32
B. Desarrollo disciplinario de la fonoaudiología en Chile	
B.1 Reseña histórica y desarrollo de la profesión en la Universidad de Chile.	33
B.2 Proceso normativo de los saberes y competencias fonoaudiológicas en rehabilitación.	34
B.3 Incorporación de fonoaudiólogos en instituciones públicas de salud.	36
CAPÍTULO II. Problematicación	
II. 1. Preguntas de investigación	39
II. 2. Objetivo general	40
II. 3. Objetivos específicos	40
CAPÍTULO III. Marco conceptual	
III. 1. Perspectiva epistemológica de la investigación	41
III. 2. Hacia la comprensión del quehacer evaluativo y terapéutico en Fonoaudiología ¿Cómo se entiende una práctica cotidiana desde lo social?	41

III. 3 ¿Cómo se entiende el quehacer profesional del fonoaudiólogo?	44
CAPÍTULO IV. Diseño metodológico	
IV. 1. Tipo de investigación	49
IV. 2. Selección de unidades de estudio	51
IV. 3. Técnicas de recolección de datos	52
IV. 4. Resguardos éticos	53
IV. 5. Criterios de calidad	53
IV. 6. Procedimientos de análisis conceptual	54
CAPÍTULO V: Resultados	
A. Contexto hospitales públicos	
A.1. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir del discurso	56
A.2. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir de las Observaciones	62
B. Contexto CCR	
B.1. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir del discurso	67
B.2. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir de las observaciones	77
C. Resultados transversales a contextos hospitalarios y CCRs.	82
CAPÍTULO VI: Discusiones	89
CAPITULO VII: Conclusiones	100
CAPITULO VIII: Proyecciones de la investigación	104
Referencias	106
Anexos	
1. Consentimiento informado para el profesional fonoaudiólogo.	113
2. Consentimiento informado para el usuario/paciente	116
3. Transcripción entrevista fonoaudiólogo 1	119
4. Transcripción entrevista fonoaudiólogo 2	150
5. Transcripción entrevista fonoaudiólogo 3	187
6. Transcripción entrevista fonoaudiólogo 4	206

RESUMEN

La disciplina fonoaudiológica se inició en la Universidad de Chile en la década del 70'. El (la) fonoaudiólogo (a) puede desempeñarse en diversos contextos con distintas estrategias de atención como la hospitalaria del modelo biomédico y Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) del modelo biopsicosocial en los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR). La valoración de los contextos sociales en que se inserta este profesional ha modificado las estrategias de atención empleadas y en general la práctica fonoaudiológica, a raíz de esto se formulan las siguientes preguntas de investigación 1) ¿Cómo conciben y llevan a cabo su quehacer profesional fonoaudiólogos (as) insertos en CCRs? 2) ¿Cómo conciben y llevan a cabo su quehacer profesional fonoaudiólogos (as) insertos en hospitales públicos?. El objetivo de esta investigación fue caracterizar las experiencias profesionales de fonoaudiólogos (as) que se desempeñan tanto en CCRs como en hospitales públicos. Los objetivos específicos fueron describir el sentido y la ejecución del quehacer de los (las) fonoaudiólogos (as) insertos en ambos contextos de atención. Esta investigación es de tipo cualitativa y las técnicas utilizadas para obtener la información fueron entrevistas en profundidad analizadas con el programa Atlas Ti y observaciones no participantes del quehacer profesional de 2 fonoaudiólogos (as) que empleaban la estrategia de RBC y 2 la estrategia hospitalaria, todos con más de un año en la institución. Se concluyó que el quehacer fonoaudiológico se construye sobre la base de los conocimientos adquiridos en pre-grado e influenciado por el contexto laboral en que se desempeña el profesional.

ABSTRACT

Phonoaudiologic discipline began at the University of Chile in the 70s'. The phonoaudiologic may perform in different contexts with different strategies as hospital care of the biomedical model and Community Based Rehabilitation (CBR) of the biopsychosocial model in the Community Centers Rehabilitation (CCR). The assessment of the social contexts in which this professional is inserted, had modified care strategies employed and generally Phonoaudiologic practice, based on this the following research questions are formulated 1) How to conceive and carry out their professional work phonoaudiologists inserts CCRs? 2) How to conceive and carry out their professional work phonoaudiologist inserts in public hospitals?. The objective of this research was to characterize the professional experiences of speech therapists (as) that perform both RACs and public hospitals. Specific objectives were to describe meaning and implementation of the work of the phonoaudiologists inserts in both care settings. This research's nature is qualitative and the techniques used to obtain information in-depth interviews were analyzed with the Atlas Ti program and nonparticipants observations of professional work of two speech fonoaudiologists who employed the strategy of RBC and 2 hospital strategy, all more than one year at the institution. It was concluded that phonoaudiological work is constructed based on the knowledge acquired in undergraduate and influenced by the work context in which professional works.

INTRODUCCIÓN

La fonoaudiología como carrera profesional se inicia en la Universidad de Chile en la década del 70' centrandose en evaluación e intervención de usuarios con dificultades en la comunicación oral desde una perspectiva biomédica. Sin embargo, a raíz de la valoración de contextos sociales, surge la propuesta más actual de un nuevo modelo de atención (biopsicosocial) por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el cual una condición de salud resulta de la relación entre la persona y su entorno, es que en el mundo y en Chile la atención de dichos usuarios ha pretendido diversificar las formas en que estas prácticas en salud se llevan a cabo, y la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) constituye una de las aplicaciones de este modelo.

En nuestro país, ha cambiado la visión de un sujeto con discapacidad, su rol en la sociedad y la rehabilitación, a causa de transformaciones sociales y a la incorporación de diferentes entidades e instituciones que conforman el núcleo social de este usuario, y por tanto, ha surgido la necesidad de modificar las estrategias de atención con la finalidad de que estas involucren a la comunidad y ayude a que la atención se torne más integral.

Para dar respuestas a estas necesidades, en Chile se llevó a cabo la reforma en salud, la cual propone un modelo de rehabilitación integral basado en la comunidad, cuyas primeras aproximaciones se dan en el área de salud mental, surgiendo los Centros de Salud Mental (COSAM) y, posteriormente los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) en los cuales participan diferentes profesionales como terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y en menor medida fonoaudiólogos. Estos últimos aún no se encuentran en todos los centros de este tipo u organizaciones que funcionen utilizando esta estrategia de rehabilitación.

Las transformaciones sociales no se han dado solo a nivel de lo descrito anteriormente, también a nivel de formación de futuros fonoaudiólogos de la Universidad de Chile, ya que el saber disciplinar a partir del cual se sustenta el quehacer fonoaudiológico ha pasado de la evaluación, diagnóstico e intervención centrada en la comunicación oral a una preocupación constante por el bienestar comunicativo de la persona. Esto implica que el profesional y nosotras como estudiantes podamos generar acciones de prevención, educación y rehabilitación considerando el contexto del sujeto, las barreras del entorno que generan limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, los facilitadores y los roles que cumple en esta.

Por lo tanto, creemos necesario que el fonoaudiólogo genere estrategias comunitarias que le permitan entregar una atención integral y generar acciones efectivas que propendan a la real participación de la persona en su comunidad, para lo cual es relevante conocer aquellas experiencias que permitan ampliar los conocimientos sobre el fonoaudiólogo y su quehacer en contextos de atención comunitaria para lograr el pleno bienestar comunicativo de los usuarios con los que trabaje.

Desde esta perspectiva, este trabajo tiene como propósito conocer y analizar las prácticas fonoaudiológicas que se sitúan en dos contextos de atención diferentes, uno en instituciones de salud pública en las cuales los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica se realizan bajo un modelo clínico o biomédico, y por otra parte aquellas prácticas que se realizan en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) bajo un modelo biopsicosocial.

Lo anterior nos permitirá una aproximación al desempeño y las características laborales que los profesionales fonoaudiólogos realizan actualmente, las competencias, dificultades, facilitadores, entre otros, que conlleva la atención de un usuario con discapacidad en estos contextos de atención y aportar al desarrollo de futuros fonoaudiólogos comunitarios que puedan conocer y responder a las necesidades reales de estos.

Algunos factores que nos llevaron a indagar en relación a la construcción de la práctica profesional de los fonoaudiólogos fueron que este profesional aborda el proceso de rehabilitación de manera constante dentro de su quehacer laboral y que el conocer sus vivencias en torno a esta nueva estrategia que se potencia en nuestro país (Rehabilitación Basada en la Comunidad) puede ayudar para motivar y dar a conocer a nuestros futuros colegas realidades profesionales de esta carrera. Además, es relevante considerar que actualmente el programa a nivel país de los CCR no involucra como un partícipe primordial al profesional fonoaudiólogo por lo que deseamos dar a conocer cómo ha sido la experiencia de insertarse en un medio en el que se han tenido que abrir camino, lo que es de importancia dar a conocer ya que patologías y trastornos que se relacionan con la labor fonoaudiológica afectan la calidad de vida de las personas que la padecen y a sus familias.

A partir de lo expuesto previamente, surgen las siguientes interrogantes: ¿En qué consiste el quehacer fonoaudiológico en los CCR que orientan sus prácticas a partir del uso de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)?, ¿En qué consiste el quehacer fonoaudiológico en hospitales públicos que orientan sus prácticas a partir de un modelo biomédico? y ¿Existen diferencias entre ambas prácticas profesionales?

Para dar respuesta a estas preguntas, en este trabajo se intentará rescatar la labor de los fonoaudiólogos insertos en los Centros Comunitarios de Rehabilitación con el fin de conocer la manera en que estos profesionales han construido su saber para llegar a emplear la estrategia utilizada en estos centros de atención primaria, la cual se enfoca en el modelo de atención biopsicosocial, además de describir cómo ellos han ido formando su identidad profesional a partir del uso de esa estrategia. Por otra parte, nos interesa contrastar las visiones de los fonoaudiólogos con las características mencionadas anteriormente con aquellos que desempeñan labores profesionales en otros lugares de atención en salud que no presentan una visión comunitaria y que se enmarcan en el uso de estrategias del modelo biomédico de atención.

Este trabajo de investigación se organiza en seis capítulos, el primero ofrece antecedentes contextualizadores de la investigación a partir del cual se presentan antecedentes teóricos en relación a los modelos de atención en salud; el segundo, corresponde a una descripción más exhaustiva sobre las preguntas de investigación y objetivos del presente estudio; el tercer capítulo correspondiente al marco conceptual, en el cual se presentan elementos epistemológicos de la investigación que permitirán comprender las prácticas en salud; el cuarto capítulo correspondiente a la propuesta metodológica de esta investigación; el quinto capítulo dará cuenta del análisis e interpretación de la información y finalmente un sexto capítulo destinado a las reflexiones en relación a la investigación realizada.

Antes de seguir avanzando en la lectura del presente trabajo, creemos necesario clarificar los conceptos de modelo y estrategia en salud a los cuales se aludirá reiteradamente en los siguientes apartados. Un modelo, según una definición de medicina tradicional propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f), es un conglomerado de conocimientos, aptitudes, creencias, prácticas y experiencias en torno a teorías, las cuales en salud propenden al mantenimiento de la salud. Por otra parte, las estrategias comprenden las acciones que permiten llevar a cabo los modelos en salud.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES CONTEXTUALIZADORES DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo presentaremos antecedentes que permitirán comprender el concepto de rehabilitación, enfoques, modelos, políticas internacionales y nacionales, organización del sistema de salud para comprender y situar las actividades fonoaudiológicas de atención en relación a estas temáticas y también en relación al perfil, saberes y competencias de este profesional.

A. Antecedentes históricos

A.1 Historia de la salud y rehabilitación

Consideramos importante acercarnos a la historia del concepto de salud- enfermedad para tener claridad sobre la evolución y las bases en la que se sustentan las nuevas conceptualizaciones de salud y enfermedad.

Las enfermedades aparecieron antes que el hombre en la tierra y no se han extinguido, lo cual se conoce gracias a la evidencia de fracturas en fósiles, pinturas rupestres, entre otras (Lama, 2004). En un inicio se creía que las causas de las enfermedades se debían a hechos mágicos como castigos enviados por dioses, y eran los hechiceros los encargados de eliminar estos males o los sacerdotes, visión que en el siglo V a.C cambió, reemplazándose la explicación etiológica sobrenatural por una visión conocida como medicina hipocrática o técnica, la que se basaba en la observación racional, teórica, hipotética, pero que no sentaba sus bases en experimentos. Más tarde en la Edad Media se regresó a la visión de una causa mágica (Lama, 2004 & Vergara, 2007).

Vergara (2007) destaca que con la Revolución Industrial y el avance en la tecnología se incorporaron conceptos económicos, sociales y políticos dentro de las causas medio ambientales que perjudicaban la salud, es así como durante el siglo XIX y a inicios del siglo XX el concepto de salud se consideró como dependiente de hechos sociales y políticos (Vergara, 2007).

La enfermedad se asocia al concepto de salud, y ambos son considerados como un continuo vital en el ser humano y han estado sometidos a constantes cambios epistemológicos debido a variaciones en la ciencia y los distintos paradigmas que han surgido en la historia (Vergara, 2007).

La idea de promover el cuidado de la salud, viene desde muchos años atrás, del legendario padre de la medicina Huang Ti, quien planteaba que “el mejor médico es el que ayuda antes que aparezca la enfermedad” (Lama, 2004).

Como se ha planteado anteriormente, el concepto de salud ha evolucionado hasta que alrededor del 1900 se fue concretando una visión a nivel mundial. Se pasó de considerar a la persona saludable a quien estaba ausente de una enfermedad visible, hasta la definición aceptada actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) que considera a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, sin embargo, en la actualidad los conceptos de salud y enfermedad son continuos en los que se intenta lograr un equilibrio entre ambos elementos y el medio que lo rodea, y no estados que se dividen claramente uno del otro (Vergara, 2007).

Según estudios actuales y como consecuencias de la evolución histórica de la salud en el mundo, hoy en día se puede afirmar, según Hernández, Hernández, Mauri & García (2012) que los cambios que han ocurrido en el medio ambiente han provocado variaciones en la calidad de vida de los seres humanos que afectan de manera negativa el continuo de salud y enfermedad.

En la época primitiva en ocasiones aislaban al enfermo perdiendo su valor social al no poder aportar a la comunidad a la que pertenecía (Hernández et al., 2012), sin embargo, en la actualidad el proceso de rehabilitación es considerado, según el Ministerio de Salud (MINSAL, 2010) como un proceso que tiene por objetivo permitir la inclusión social, la que se relaciona con la vinculación existente entre un individuo y su entorno.

Dentro de los conceptos mencionados en los párrafos anteriores se encuentra el término de rehabilitación, como menciona Vergara (2010), es un área de intervención antigua de la medicina, ya que desde la antigua Grecia se promovía el uso de medios físicos para mantener y restablecer la salud, usando ejercicios corporales y baños en el mar, y con el paso de los años se fueron agregando otras técnicas físicas como hidroterapia, electroterapia, gimnasia y helioterapias (Vergara, 2010).

En el siglo XVIII hubo un primer acercamiento formal a la rehabilitación con el desarrollo de la ortopedia en Suiza por Jean André Venel (padre la de ortopedia), quien propuso una forma más específica de tratar a las personas aquejadas por alguna condición de salud con vendajes especiales, férulas, aparatos ortopédicos y la educación y enseñanza a los menores en relación a posiciones correctas del cuerpo (Lama, 2004). Las técnicas mencionadas anteriormente fueron usadas en fisioterapia dando paso a la Medicina Física, la cual considera visiones médicas y biopsicosociales, encargándose de la evaluación, cuidado y rehabilitación de enfermos, como menciona Vergara (2010), siendo considerada a mitad del siglo XX como una especialidad reconocida en Estados Unidos liderada por el Dr. Krusen, quien propuso la importancia del mejoramiento físico, social y vocacional de la persona.

En Latinoamérica, la rehabilitación sienta sus bases alrededor de los años 40, luego de las guerras mundiales, mayormente de la segunda y con la epidemia de la poliomielitis; luego se trató principalmente la parálisis cerebral. Los líderes en esta área fueron médicos ortopedistas que se enfocaron en la necesidad de integrar a la persona discapacitada, pero el tratamiento era principalmente de terapia física debido a que se pensaba que era el único medio capaz de solucionar las alteraciones de salud, sin embargo, la rehabilitación se fue potenciando por medio de la terapia ocupacional, del lenguaje, la ayuda social, emocional y social (Sotelano, 2012).

Alrededor de los años 60, en Chile se inició el desarrollo en el área de la rehabilitación por medio de los doctores Paolinelli, Hernández y Saldías que crearon distintos centros de formación de rehabilitadores e institutos de rehabilitación infantil (Sotelano, s.f). Sin embargo, el mayor aporte fue del doctor Livio Paolinelli quien se especializó inaugurando en 1961 el Servicio de Medicina Física y rehabilitación en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Vergara, 2010).

En 1968 la medicina física y la rehabilitación fue aceptada a nivel mundial por el comité de rehabilitación médica de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que publicó la existencia de una nueva disciplina (Vergara, 2010).

Actualmente la definición de rehabilitación según la OMS (2012) en la guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) corresponde a:

“Un conjunto de medidas que le permiten a las personas con discapacidad lograr y mantener un funcionamiento óptimo en su ambiente... es relevante para los que

adquieren discapacidades durante su vida, como para los que tienen discapacidades desde su nacimiento.” (p.8-9)

En la actualidad algunos autores consideran la rehabilitación como una estrategia de salud en la que su actuar está basado en el modelo de la OMS del funcionamiento y la discapacidad humana (CIF), que tiene como fin dar la posibilidad a las personas con alguna discapacidad de alcanzar y mantener una adecuada función en su medio ambiente (Vergara, 2010).

Debido a las transformaciones que ha tenido el concepto de salud y enfermedad, el modelo biomédico de salud ha ido perdiendo fuerza por el hecho de ser técnico-instrumental, racional, deshumanizando a la persona, al considerar los signos y síntomas de una patología y no considerando relevante el rol del sujeto dentro de su familia y comunidad, por lo que se han desarrollado otros modelos, sin dejar de lado el uso del modelo biomédico en la actualidad, ya que investigaciones ponen de manifiesto que una mejora en la salud poblacional se determina por la forma en que viven las personas, la sociedad, el medio ambiente y la disponibilidad de los servicios de salud, además del estado biológico, considerándose lo anterior un todo necesario para intervenir en salud (Hernández et al., 2012 & Vergara, 2007).

A.2 Enfoques de atención e intervención en el área de la salud

El enfoque biomédico ha permitido descubrir, tratar y clasificar las patologías en el ámbito de la salud, como menciona Vargas (s.f), modelo que se basa en paradigmas cartesianos, los que se caracterizan por considerar que el análisis de fenómenos complejos se puede realizar a través del estudio de cada parte que lo componen para luego unir los resultados con el fin de lograr un análisis global del fenómeno, dejando de lado los aspectos personales del observador (lograr la objetividad), lo que puede ser entendido por ejemplo como el análisis de una patología a través del estudio individual de los síntomas y signos que se manifiestan en ella.

El modelo biomédico, según Peñaloza, Rojas, Rojas & Téllez (2001) es el modelo de atención tradicional en el cual se observa la enfermedad y no a quien la padece, lo que lleva a la deshumanización de la práctica médica, ya que como menciona Vargas (s.f), se basa en relacionar antecedentes obtenidos en pruebas de laboratorio con los observados clínicamente (datos objetivos-signos clínicos), considerando la patología como un ente separado del individuo (se estudia el cuerpo y no la mente), por lo que el éxito de un profesional se mide en base a la mejoraría de una enfermedad y/o a cuántas vidas ha salvado

El modelo biomédico, según Borrell-Carrió, Suchman & Epstein (2004), fue criticado por George Engel, quien consideraba que los profesionales de la salud veían al paciente como un objeto dejando de lado las experiencias que este ser vivía, por lo que postuló un nuevo modelo conocido como biopsicosocial en 1977 como menciona Vargas (s.f), enfoque que a continuación será abordado en profundidad.

Con este modelo, Engel trataba de dejar atrás el modelo biomédico, con la idea de que la salud y enfermedad son un proceso constante en que no hay separación entre uno y otro, en el que están participando factores culturales, familiares, psicológicos, sociales, ambientales y biológicos, por lo tanto el médico ya no tendría la función de curar la enfermedad, sino la salud en un contexto más complejo que involucra a la persona en todas sus direcciones (Vargas, s.f). Lo anterior se reduce al objetivo de evolucionar en una medicina basada solo en la enfermedad a una focalizada en el paciente, en su forma de vivir, contexto familiar y social (Vargas, 2009), caracterizándose principalmente por la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, por promover un conocimiento integrado del paciente y su contexto, dándole importancia a la relación terapeuta- paciente en el acontecer de la terapia. Considera al profesional de la salud como una pieza más de este sistema holístico y valora el trabajo en equipo como más eficiente (Borrel, 2002).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI) (2011) este modelo propone una visión holística para la atención de salud de las personas con alguna discapacidad, abordando al sujeto como alguien integral, considerando aspectos biológicos, personales, sociales, los derechos humanos, sus capacidades y redes de apoyo, entre otros.

Peñaloza et al. (2001) mencionan que las características principales de este enfoque son: modelo centrado en el sujeto (es él quien define el problema) y no en el médico tratante, involucra la participación familiar, la enfermedad se estudia dentro de un sujeto y no se evalúa sólo la alteración o dificultad, por lo que el profesional de la salud debe considerar variables psicosociales para ser incluidas dentro del plan de tratamiento.

Para OPS e ISRI (2011) el propósito de este enfoque es generar la interacción entre la persona con discapacidad y su entorno, por lo que se enfoca en el individuo, su familia, comunidad y sociedad en la que se encuentran insertos, por lo que los objetivos que plantea son a mediano y largo plazo, ya que se deben cumplir características específicas, las cuales son: los costos y la

atención deben ser accesibles para toda la comunidad (por esto se emplea en atención primaria de salud), deben participar diferentes personas que tengan influencia social como instituciones y la familia de las personas con discapacidad para lograr una coordinación en las actividades a realizar (multisectorialidad), busca la interrelación entre todos los actores sociales involucrados en la rehabilitación de personas con discapacidad para lograr el trabajo en conjunto con el fin de que haya equidad en las oportunidades y en la inclusión social.

Este modelo presenta la ventaja de generar el fortalecimiento de agentes sociales, lo cual permitirá la participación de la comunidad en prevenir, detectar y abordar tempranamente a las personas de su comunidad que presenten alguna discapacidad, además, que las personas con discapacidad puedan emplear todas sus fortalezas y habilidades para lograr incluirse dentro de su entorno, lo que les ayudará a afianzar y generar relaciones interpersonales dentro de la comunidad (OPS e ISRI, 2011).

Dentro del modelo biopsicosocial se encuentra una práctica actual denominada modelo de salud familiar, el cual surgió durante los años 60 con el propósito de generar un enfoque y especialistas integrales en salud, como menciona Ledesma & Flores (2008), debido a que la mayor cantidad de recursos se destinó a la atención en hospitales. Para estas autoras un profesional integral es aquel que es capaz de tratar a personas de ambos sexos, distintas edades y variados niveles socioeconómicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) & Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) (1994) reconocen que el médico familiar/médico general debe trabajar en un equipo multidisciplinario junto con enfermeras y trabajadoras sociales, con el fin de "...satisfacer las necesidades de sus pacientes y de las comunidades en las que viven...". Según Ledesma & Flores (2008) este enfoque puede ser empleado en servicios de atención primaria como consultorios para la prevención de patologías, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una condición de salud ya asentada a través de promoción de salud, educación sobre el autocuidado, tratamientos paliativos en enfermedades crónicas, entre otras incentivando a una participación comunitaria.

Dentro de los objetivos específicos del modelo biopsicosocial se encuentran los mencionados por OPS e ISRI (2011), en los que es posible encontrar la capacitación a agentes sociales sobre la discapacidad y el papel que estos deben cumplir para satisfacer las necesidades de las personas que se enfrentan a ella, y la implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR).

Una investigación realizada en un centro de salud en Chile, evidencia que la satisfacción de los usuarios se ve influenciada por el profesional que los atiende, sintiendo mayor satisfacción por el que está inserto en un centro de salud con sustento biopsicosocial, en comparación con un profesional que trabaja con un modelo biomédico de salud, lo que es posible dado que el primero aborda un procedimiento más profundo, específico y sistémico, lo que conlleva a fortalecer los factores protectores de las familias como metas a largo plazo, más que solo prevenir factores de riesgo (Oliva & Hidalgo, 2004).

La OMS (2011) en su Informe mundial de la discapacidad menciona que ha aumentado el número de personas con discapacidad como consecuencia del envejecimiento de la población, ya que este grupo etáreo tiene más riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a ella, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

El Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) realizado el 2004 arrojó que el 12,9 % de las personas poseen algún grado de discapacidad y que de estas personas un 39,5% corresponde a un nivel socioeconómico bajo y más de la mitad a un nivel socioeconómico medio (SENADIS, 2013). A partir de esta información se puede concluir la necesidad e importancia de actuar con estrategias como país para abordar a las personas en situación de discapacidad, dado que las consecuencias sociales y culturales que trae consigo la discapacidad genera una gran deficiencia en la calidad de vida en muchos de los chilenos (SENADIS, 2013).

A.3 Políticas internacionales y nacionales sobre discapacidad

El considerar a las personas con discapacidad ha sido foco de atención de diversas profesiones y organizaciones internacionales. En 1981 se declaró el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, avance en materia de discapacidad, por cuanto se describe a la persona en situación discapacitada como sujeto con los mismos derechos que el resto de la población, lo cual le permite disfrutar de los avances económicos y sociales en las mismas condiciones que los demás (ONU, 1993). En esta línea se comienza no solo a centrar la discapacidad en el usuario, sino que se comienza a concebirla como una relación entre el sujeto con discapacidad y el entorno.

En 1987, se celebró la reunión mundial de expertos en Estocolmo con la finalidad de evaluar el cumplimiento y progreso de Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en tal

oportunidad, surgió la necesidad de crear un lineamiento general internacional basado en los derechos de las personas con discapacidad sobre el cual los estados pudieran basar sus acciones en estas materias. Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades aprobadas en 1993 son el producto internacional de las inquietudes manifestadas durante los años anteriores en relación a las Personas con Discapacidad (ONU, 1993)

Por tanto, estas normas basadas en los derechos de las personas con discapacidad, promueven la participación igualitaria de este grupo en la sociedad, de manera que "... los niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de ciudadanos de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás". (ONU, 1993, párrafo 15)

El año 2006 la ONU aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), cuyo propósito fue velar por el cumplimiento de los derechos de estas personas en condiciones de igualdad y a partir de este la OMS (2011) analizó la situación de discapacidad en el mundo. El resultado de la situación mundial se plasmó en un Informe Mundial, a partir del cual se conoce el estado de los usuarios en sus respectivas comunidades, y los principales obstáculos que experimentan al Integrarse, participar y ejercer sus derechos y obligaciones como ciudadanos, en el que se indica que la cantidad de personas en situación de discapacidad ha aumentado y su prevalencia probablemente también se incrementa, debido - entre otros- al envejecimiento que se encuentra experimentando la población, diabetes, hipertensión, etc (OMS,2011).

Las dificultades derivadas de la condición de salud hace que este grupo tenga mayores dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana y participación en cualquiera de sus roles dentro de la comunidad en la que se desenvuelven. Por tanto, los resultados de tal situación impactan en todas las áreas del desarrollo del sujeto.

La OMS (2011) ha descrito la importancia del entorno y contexto en que se desenvuelven los sujetos y también ha descrito los obstáculos que derivan finalmente en limitaciones en las actividades y restricciones en la participación. Estos obstáculos se definen en ámbitos como el de políticas y normas públicas cuyos cumplimientos resultan difíciles de corroborar por falta de recursos o personal, o debido a que no se considera a las personas con discapacidad en la elaboración y construcción de dichas políticas, por otra parte una barrera son las actitudes negativas en relación al desempeño de una persona en situación de discapacidad en roles

como los laborales y educativos, dificultades en el acceso a servicios, prestaciones insuficientes de servicios que en el área de la salud se refleja en que "... las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo..." (OMS, 2011, p.9)

En relación a la atención en salud, los obstáculos a los que se ven enfrentados los usuarios con discapacidad mencionados en la cita anterior se relacionan con la falta de recursos que impiden llevar a cabo políticas públicas, prestación de servicios idóneos en rehabilitación que se adapten a las necesidades de los usuarios con discapacidad, la incorporación de profesionales en el ámbito de la salud que permita un abordaje multidisciplinario en rehabilitación; dificultades en la accesibilidad a los centros de salud sea porque no existe un sistema de transporte adecuado o bien no existen estos en la localidad donde los usuarios residen, entre otras.

La OMS (2011) en su informe describe lo anterior de la siguiente forma "...después del costo, la falta de servicios en la zona era la segunda razón más frecuente por la que las personas no acudían a los centros de salud." (p.9).

Las Normas Uniformes Sobre la Igualdad de Oportunidades (ONU, 1993) también dan cuenta respecto de los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad y establece el rol del Estado en la disminución de estos:

...Todas las sociedades del mundo hay todavía obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y dificultan su plena participación en las actividades de sus respectivas sociedades. Es responsabilidad de los Estados adoptar medidas adecuadas para eliminar esos obstáculos. (Finalidad y contenido de las normas uniformes, párrafo 15)

Por tanto, un desafío para los sistemas actuales de salud a nivel internacional es propender a una participación social y comunitaria igualitaria de las personas en situación de discapacidad, siendo el Estado quien debe velar por el cumplimiento de los derechos de las Personas con Discapacidad, promoviendo la Igualdad de Oportunidades y disminución de la discriminación a través de políticas públicas en ámbitos de la salud, educación, social, laboral, etc. que propendan a una participación efectiva en la sociedad.

La OMS (2011), específicamente en salud, ha indicado lineamientos en la rehabilitación destinados a:

Lograr que todos los niveles de los sistemas de salud existentes sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean accesibles a las personas con discapacidad permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la esfera de la salud. (p.13)

Esto conlleva entonces a disminuir las barreras a las que los usuarios en situación de discapacidad se ven enfrentados, considerando el entorno en el que viven para que el acceso a diferentes instituciones de salud sea factible, se incorpore a las familias, contextos, etc. (OMS, 2011; OPS & OMS, 2011)

Finalmente, el marco conceptual sobre el cual se basa la concepción de discapacidad, salud y rehabilitación se constituye de tres pilares: uno es el derecho, el cual sitúa a los usuarios con discapacidad como sujetos con facultad de cumplir con los deberes que el pertenecer a una sociedad implique; otro es la igualdad de oportunidades pilar que contribuye a que este sujeto pueda ejercer sus derechos y deberes de manera tal que su condición de discapacidad no interfiera en ello; y por último, la participación social el cual propende a que un sujeto con deberes y responsabilidades en igualdad de oportunidades pueda desempeñarse de manera efectiva en la comunidad a la cual pertenece, siendo el Estado el organismo responsable del desarrollo y cumplimiento de normas y políticas que permitan a estas personas la autonomía e inclusión social.

Todo lo descrito en este apartado se resume en el siguiente esquema:



Cuadro 1: Elaboración propia.

En nuestro país, Chile, el marco legal que se ocupa de explicitar y resguardar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad surge a partir del conocimiento sobre las Normas Uniformes para la igualdad de oportunidad que se dieron a conocer el año 1993 (SENADIS, 2013), normas en las cuales se basó la ley 19.284 de Integración Social de Personas con discapacidad promulgada en 1994, la cual estableció las formas y condiciones para la plena integración de este grupo. Esta ley, si bien propendió a la integración de las personas con discapacidad, las acciones generadas por el Estado para dar respuestas a las necesidades de este grupo constituyeron acciones sustentadas en un paradigma de asistencialidad, el cual reconoce “los derechos que asisten a los minusválidos” acordados en diversos documentos internacionales aprobados por la ONU.

Entre las acciones generadas por el Estado a partir de la ley 19.284 se contempló la creación del Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS), organismo gubernamental encargado de administrar los recursos del Estado destinados al financiamiento de programas, proyectos en favor de las personas con discapacidad.

Este contexto internacional y nacional en que se reconoce al Estado como ente responsable de velar por los derechos de las personas con discapacidad, creando y regulando el cumplimiento de normativas y políticas en relación a este tema, hizo necesario conocer la realidad nacional en relación a cantidad de personas en situación de discapacidad, calidad de vida, acceso centros de salud y rehabilitación, etc. con la finalidad de mejorar las estrategias gubernamentales para dar respuestas efectivas a las necesidades reales de este grupo de personas. Así, en el año 2004 se realizó el primer estudio nacional de discapacidad (ENDISC), el cual permitió conocer el estado real de las personas con discapacidad en nuestro país (Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) y Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Estudio que permitió conocer que un 12,9% de la población nacional al 2004 presenta algún tipo de discapacidad, la concentración de estos usuarios se dio en sectores sociales bajos, menos de la mitad de la población con discapacidad realiza algún trabajo remunerado y en relación al acceso a la salud un 67,1% de las personas con discapacidad ha recibido atención básica de salud y un 40,6% ha recibido algún tipo de servicio de diagnóstico, el 6,5% ha recibido servicios de rehabilitación.

A partir de los acuerdos tomados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el año 2008, se concibe a la persona con discapacidad ya no bajo un paradigma asistencialista, sino como un sujeto con derechos, activo en la toma de decisiones para su vida,

en donde el entorno juega un rol preponderante como facilitador de la inclusión o bien como barrera, impidiendo la plena participación social de este usuario.

El año 2010, sobre la base de los acuerdos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la necesidad de reformular la política país a partir de la situación nacional de este grupo que se conoció con el estudio del año 2004, se promulgó la actual ley de Inclusión Social (Ley 20.422), la cual dejó de concebir al sujeto con discapacidad desde un paradigma de asistencialidad y lo constituye a partir de un enfoque de derecho social, garantizándole "...el derecho a la igualdad de oportunidades..., con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad". (Ley 20.422, 2010, art. 1)

Las acciones que promueve esta ley propenden a una participación social eficiente y autónoma de los usuarios con discapacidad al asumir los principios de "...la igualdad de oportunidades, la corresponsabilidad social, el respeto de la diversidad, la autonomía, el diálogo social y el enfoque de territorialidad o descentralización" (SENADIS, 2013, p.5)

El cumplimiento de estos principios está a cargo del Estado, quien es responsable de "promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad" (Ley 20.422, 2010, Art. 4), por medio de la creación de programas de atención, implementación de dichos programas y verificación del cumplimiento de estos en las distintas instituciones en que son llevados a cabo.

En consecuencia, la concepción de discapacidad a partir de un enfoque centrado en derechos, se concibe como el resultado de la interacción de la condición de salud del usuario con su entorno en términos de limitaciones en actividad y restricciones en la participación, tal como lo propone la CIF. Así, se define a la persona con discapacidad como:

Aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presenten en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Ley 20.422, 2010, art. 5).

La condición de salud, entonces, puede verse beneficiada a partir de los cambios que el entorno pueda realizar, disminuyendo las barreras que impiden una plena inclusión social,

ejercicios de sus derechos al usuario con discapacidad. Por tanto, la salud y en particular la rehabilitación deben:

Facilitar la transición a la vida comunitaria, proporcionar una serie de servicios de apoyo y asistencia y respaldar a los cuidadores informales promoverán la autonomía y permitirán que las personas con discapacidad y sus familiares participen en actividades económicas y sociales (OMS, 2011, p.15)

Esta transición a la vida comunitaria implica prestarle a los usuarios los apoyos necesarios para desenvolverse adecuadamente en su comunidad en los distintos roles que cumpla al interior de su comunidad y esto conlleva a que la atención en rehabilitación comience a desprenderse de la mirada tradicional en la que esta es llevada a cabo solo al interior de un box de atención en alguna institución de salud. La implementación de estrategias en salud que propendan a estos objetivos será explicada en mayor detalle en los siguientes apartados.

A.4 Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

Se darán a conocer los principios generales en los que se rige esta estrategia, debido a que no es tan conocida dentro del marco nacional, ya que son sólo algunos centros quienes la emplean y estos comenzaron a instalarse en Chile desde el año 2003, en cambio, las estrategias usadas en el modelo biomédico llevan una larga data, por esta razón no se explicarán en detalle.

A.4.1 Recomendaciones internacionales

La OMS en materias de salud busca que la atención de las personas con discapacidad pueda responder a las necesidades de este grupo en los términos que se han descrito anteriormente (OMS, 2011). Por tanto, ha promovido desde el año 2002 (Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), 2005) la atención de dicho grupo a partir del modelo biopsicosocial que concibe la condición de discapacidad como una interacción entre el sujeto y su entorno. La estrategia propuesta para llevar a cabo una atención a partir de este modelo lo constituye la rehabilitación basada en la comunidad (RBC), la cual se define como “...una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad” (OPS & OMS, 2011).

Esta estrategia de rehabilitación se enmarca en la necesidad internacional de propender a la igualdad de oportunidades en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad como sujetos pertenecientes a una nación, comunidad donde desempeñan roles familiares, sociales, civiles, etc. Por tanto, esta estrategia tiene como objetivo lograr “la independencia de la persona, aprovechando el máximo de su potencial en las esferas, biológicas, psicológicas y sociales junto a su grupo familiar, incorporando a las instituciones, asociaciones y líderes de la comunidad” (OPS & OMS, 2011, p.12)

Esta estrategia implica entonces un cambio de paradigma tanto en la concepción de discapacidad como en los objetivos a lograr en rehabilitación pasando de concebir la primera como minusvalía, estado estático, a uno en el cual este concepto es entendido como derecho, estado de dinámico, lo cual significa que la discapacidad puede variar en función de las características personales del sujeto y del ambiente. Concebir a un usuario como sujeto con derechos implica que la RBC como estrategia permita la independencia de éste con el propósito de lograr una participación igualitaria en la comunidad (OPS & OMS, 2011).

De esta forma la RBC promueve la independencia e inclusión en la sociedad como ser activo de esta, respondiendo a los desafíos y obstáculos que enfrentan implementando acciones destinadas a disminuir las barreras del entorno que les impiden una plena participación y provee de prestación de servicios de rehabilitación.

Para lograr lo anterior la RBC tiene como acciones el hacer partícipe a la comunidad en la búsqueda de soluciones a las dificultades que impedían el desarrollo y establecimiento de redes de atención, lo que implica un trabajo intersectorial de las distintas instituciones de la comunidad; promover la participación de la comunidad en prevención, detección precoz y abordaje de rehabilitación en atención primaria de salud, además del fortalecimiento del entorno, ambiente, comunidad con objeto del ejercicio de derechos de las personas con discapacidad en roles civiles, profesional, educativos; permitir el mejoramiento del bienestar y calidad de vida de los usuarios con discapacidad por cuanto favorece la inclusión de estos en educación, salud y trabajo; además potencia las facultades de las personas con discapacidad, favorece la descentralización de los centros de salud, permitiendo a los usuarios acceder a un centro de salud en las cercanías a su comunidad y recibir un servicio adecuado a las necesidades de él según el entorno en que se desenvuelve, y por último, promueve la multisectorialidad en el abordaje terapéutico de las usuarios por cuanto se incluye en este no

solo a la persona con discapacidad, sino a instituciones educativas, laborales, etc (OPS & OMS, 2011).

En consecuencia la ejecución adecuada de esta estrategia requiere de la participación activa de (OPS & OMS, 2011):

- 1.- La persona con discapacidad y su familia en la toma de decisiones y control de su proceso de rehabilitación.
- 2.- La comunidad, la cual incluye líderes locales, instituciones públicas, sectores sociales y privados "...que apoyen a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad, lo que incluye el acceso a servicios, obtención de recursos y las ayudas técnicas que faciliten la vida de las personas con discapacidad" (OPS & OMS, 2011, p.10) .
- 3.- Servicios de salud, educación, trabajo, rehabilitación, implica fundamentalmente los servicios de atención primaria de salud, inclusión al sistema educativo, así como oportunidades laborales y servicios de rehabilitación, en términos apropiados y accesibles.

La estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) es utilizada en atención primaria de salud en instituciones donde el acceso a estas es de bajo costo y se ubican en las cercanías de la comunidad, es decir, se utiliza en Centros Comunitarios de Salud (CCR), Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), de los cuales se hará referencia más adelante en este documento.

Finalmente, la RBC se sustenta en los pilares internacionales descritos en este apartado y en los que sustentan el modelo biopsicosocial de atención, los cuales se grafican en el siguiente esquema:



Cuadro 2: Elaboración propia.

A.4.2 Implementación en Chile.

Dada la situación actual de Chile es que emerge la utilidad del modelo biopsicosocial mencionado con anterioridad (MINSAL, 2010), con el fin de desarrollarlo en los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) para desempeñar un enfoque holístico en la atención integral de personas con discapacidad (Organización Panamericana de la Salud & Organización mundial de la Salud, 2011). Además de considerar sus capacidades y los apoyos necesarios se reconoce la necesidad e importancia de considerar a la persona discapacitada en su ambiente, donde vive como determinantes sociales que influyen en su condición (OPS y OMS, 2011).

En nuestro país, la necesidad de contribuir a mejorar la situación de las personas con discapacidad ha llevado a generar acciones que propendan a ello. Así, en el marco de disminuir las barreras del entorno que impiden a una persona con discapacidad participar activamente como miembro de una comunidad, es que se han considerado las sugerencias entregadas por la OMS en materias de acceso a centros de salud y rehabilitación que impliquen disminuir los obstáculos para lograr una participación social igualitaria por parte de los usuarios en situación de discapacidad. Ello, ha implicado facilitar el acceso a los centros de salud y rehabilitación, reduciendo en primer lugar la distancia de estos del lugar de residencia de los usuarios y sus familias; en segundo lugar reducir los costos de transporte y rehabilitación; y en tercer lugar, promover la participación de las diversas instituciones que conforman la comunidad del usuario con discapacidad. Así, La RBC constituye una estrategia implementada en atención primaria de salud, puesto que es de bajo costo y en nuestro país se ha implementado en los Centros de Salud Mental (COSAM), Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR).

En el año 2001 la OMS indicó lineamientos generales para ayudar a reducir las consecuencias negativas provocadas por los trastornos de salud mental, describiendo sugerencias de atención general que incluyeron sistemas y servicios de salud mental basados en la comunidad (World Health Organization y MINSAL, 2007). Así surge en Chile la implementación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad en los COSAM.

Posteriormente, en el año 2003 se crea el CCR de Peñalolén con financiamiento de FONADIS y otros, el cual pretende dar respuesta a las necesidades de la comunidad, entre ellas capacitación a los cuidadores, trabajo intersectorial con diversas instituciones como municipalidad, grupos de autoayuda, etc. Estas acciones permitieron mejorar la calidad de vida de las Personas con Discapacidad y también la de sus cuidadores (INRPAC, 2005).

Con la ley 20.422 se incluye en las orientaciones metodológicas para las estrategias de rehabilitación en atención primaria de salud, la RBC como estrategia nacional que pretende disminuir las barreras a las que enfrentan las personas con discapacidad, contribuyendo que este grupo pueda gozar de una plena inclusión social.

A.5 Organización del sistema de salud en Chile

El sistema de salud en nuestro país está formado por instituciones públicas y privadas cuyo propósito sea generar acciones que promuevan, protejan, recuperen la salud y/o permitan la rehabilitación de una persona con una condición de salud particular (Colegio médico de Chile, s.f; Narbona & Durán, 2009).

En relación al sistema nacional de salud pública, en 1979 se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual se organiza con diferentes instituciones, las cuales se detallarán en los párrafos siguientes.

El Ministerio de Salud (MINSAL) representa al Estado en la función de:

...Velar por el desarrollo de la salud nacional y de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de los enfermos, dictando normas, la formulación de planes y programas, la supervisión, evaluación y control del cumplimiento de las políticas y planes de salud, y de la coordinación de las actividades que tienen incidencia sobre el estado de salud, tanto de los organismos de su propio sistema, como con otras instituciones del sector y con otros sectores (Colegio médico de Chile, s.f., p.8)

La secretaria ministerial de salud que tiene la responsabilidad de ejercer las mismas funciones que el Ministerio de Salud en cada región del país, mientras que los servicios de salud deben ejecutar las acciones de fomentar, proteger y recuperar la salud y la rehabilitación de las personas que lo requieran, además, deben velar por el cumplimiento del Código Sanitario (Colegio médico de Chile, s.f.; Narbona & Durán, 2009).

Se hace necesario el definir lo que se entiende por niveles de atención, los cuales consisten en una jerarquización de la cobertura y complejidad asistencial de los recursos de salud que se

disponen y que permitan satisfacer las necesidades de salud de una comunidad (Julio, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011)

A.5.1 Atención primaria de salud: Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR)

El año 2003, en el mes de marzo, se implementó el primer Centro Comunitario de Rehabilitación en la comuna de Peñalolén en Santiago, con el aporte de un proyecto concursable adjudicado al Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC) por FONADIS (Fondo Nacional de la Discapacidad) y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). La municipalidad de la comuna fue quien cedió el terreno para ubicar el centro y este último, JICA aportó expertos y parte del equipamiento (Equipo RBC del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), 2005).

Un Centro Comunitario de Rehabilitación se encuentran dentro de los servicios de atención primaria y según OPS e ISRI (2011) es el lugar físico de la integración en el cual se realizan actividades, tanto terapéuticas como relacionadas con aspectos sociales, todas con el fin de producir la inclusión de las personas con discapacidad en acciones que involucran a la comunidad como sustento.

En general, los CCR entregan servicios de rehabilitación de baja complejidad y otros basados en el desarrollo social. Estos centros tienen como tema principal la inclusión social dentro de una comunidad, y entregan a sus usuarios la ayuda técnica que les permita lograr la inclusión (Equipo RBC del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, 2005).

Estos centros deben cumplir con ciertas funciones, dentro de las cuales se puede mencionar la contribución en el diagnóstico situacional de la comunidad con el apoyo de agentes que se encuentran insertos en ella, entregar un proceso de rehabilitación al sujeto, su familia y la comunidad para que el proceso terapéutico tenga una continuidad en el hogar, fortalecer redes sociales para hacer más efectiva la entrega de recursos para la atención de las personas con discapacidad (OPS e ISRI, 2011). También participan en temas de inclusión escolar a los sistemas regulares de educación e inserción laboral a través de un programa de rehabilitación profesional dirigido a sus usuarios, ya que consideran relevante la inserción a estos ambientes a fin de que las personas con discapacidad sean agentes activos dentro de su comunidad (Equipo RBC del INRPAC, 2005; OPS e ISRI, 2011)

Para llevar a cabo los objetivos propuestos por los CCR se requiere de la disponibilidad de recursos por cada agente social involucrado relacionados con las necesidades, la ejecución de las propuestas, el apoyo de organizaciones especializadas en el área ya que se busca lograr una mejora en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias (OPS e ISRI, 2011).

Estos centros se encuentran capacitados, a través de los profesionales que desempeñan labores en los CCR, para entregar ayuda en cuanto a servicios básicos de rehabilitación que han sido solicitados por los usuarios y/o sus cuidadores, los cuales consisten en organizar, guiar, capacitar y supervisar a los cuidadores que se encuentran insertos dentro de la comunidad. Por otra parte, tienen como propósito fortalecer a los líderes locales a través de trabajos grupales, capacitar tanto a los cuidadores como a las mismas personas con discapacidad para que puedan gestionar a proyectos con fondos concursables, entregar asesoría legal sobre discapacidad a sus usuarios y familia, entre otras asesorías (Equipo RBC del INRPAC, 2005).

Dentro de estos centros participan personas con alguna discapacidad y quienes constituyen su entorno familiar, cuidadores de personas con discapacidad, profesionales de la salud y otros sujetos insertos dentro de la misma comunidad (OPS & ISRI, 2011).

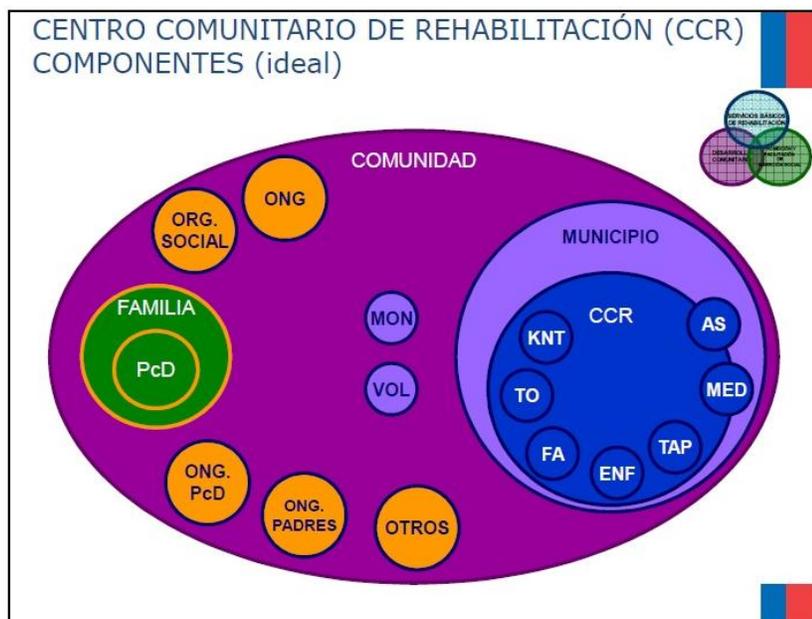
Orben (2008) da a conocer que entre los años 2003 y 2006 en Chile fueron implementados 14 CCR, luego en el 2007 se agregaron 27 y 20 más el 2008. El Presidente de la República en ese momento prometió que para el año 2010 alrededor de la mitad de las comunas del país deberían contar con los servicios de estos centros.

Uno de los CCR de la región metropolitana se encuentra ubicado en la comuna de la Reina, según Equipo de rehabilitación CCR La Reina et al. (2012) surgió a raíz del aumento de la población adulta mayor en la comuna debido al aumento de la expectativa de vida y a la emigración de su población, y este grupo presenta una serie de discapacidades y limitaciones funcionales, las cuales impactan en la actividad y participación de estos sujetos. Según ENDISC-2004, citado en Equipo de rehabilitación CCR La Reina et al. (2012) los mayores de 64 años discapacitados en la región metropolitana, corresponde a 2 de cada 5 individuos, lo cual representa casi 4 veces más que la prevalencia total (suma de toda la población con discapacidad de cualquier edad).

Con estos antecedentes y por el interés de los familiares de personas con discapacidad que se acercaban a la municipalidad de la comuna, Consejo comunal de la discapacidad, en el año 2003 se evaluó la posibilidad de crear un CCR gracias a un acuerdo entre organizaciones comunales con el Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS), actualmente Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), el cual tenía el propósito de entregar rehabilitación a los vecinos con alguna limitación, principalmente física (Equipo de rehabilitación CCR La Reina et al., 2012)

Estos centros se integran principalmente por kinesiólogos y terapeutas ocupacionales, además de profesionales que complementan su labor como la asistente social (Servicio de salud Araucanía norte, 2012).

Los profesionales que debiesen encontrarse en estos centros junto con los diferentes organismos de la comunidad con los cuales el CCR pudiese generar redes de trabajo, se pueden observar en la siguiente imagen:



Cuadro 3: Imagen de TO. Figueroa, SENADIS (s.f.)

A.5.2 Atención secundaria y terciaria

Para el Colegio médico de Chile (s.f) como para el Ministerio de Salud (2010) el nivel de atención secundario corresponde a aquellos establecimientos que entregan atención de

complejidad y cobertura intermedia, los cuales presentan tanto funciones de atención ambulatoria como hospitalización y son un apoyo para la atención entregada en atención primaria de salud ya que estos presentan un nivel de especialización profesional mayor.

El nivel secundario, según Julio et al. (2011) corresponde aquellos hospitales y establecimientos que presentan profesionales en el área de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El nivel terciario de atención es aquel que entrega servicios en salud de alta complejidad y de reducida cobertura, ya que sus prestaciones están destinadas a tratar las situaciones de salud que no pueden ser abordadas en los otros niveles; a este nivel llegan derivaciones dentro de la región en la que se encuentre el centro, suprarregional e incluso de nivel nacional, pero de igual manera pueden prestar servicios correspondientes al nivel secundario (Colegio Médico de Chile, s.f; MINSAL, 2010).

Para Julio et al. (2011) este nivel intenta resolver aquellas patologías que presentan una prevalencia disminuida en comparación con otras dentro de una región o país, además atienden las condiciones de salud que para resolverse requieren de procedimientos especializados o de alta tecnología.

A continuación se presenta un cuadro resumen con la organización de los niveles de atención en salud de elaboración propia de esta investigación: (Tabla I: elaboración propia)

NIVELES DE ATENCIÓN	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
Complejidad	Mínima	Intermedia	Alta
Cobertura	Máxima	Media	Reducida
Atención	Ambulatoria	Ambulatoria y hospitalización	Ambulatoria y hospitalización
Red Asistencial	Hospitales rurales y consultorios urbanos y rurales	Centros hospitalarios y consultorios adosados.	Centros hospitalarios y consultorios adosados
Actividades	Controles, consultas, visitas domiciliarias, educación grupal, vacunaciones.	Actúa por referencia. Apoyo diagnóstico y terapéutico al nivel primario	Actúa por referencia por derivación regional, suprarregional y nacional. Apoyo clínico, diagnóstico y terapéutico.

B. Desarrollo disciplinario de la fonoaudiología en Chile

B.1 Reseña histórica y desarrollo de la profesión en la Universidad de Chile

La práctica fonoaudiológica sienta sus bases en la medicina, educación y artes de la Grecia Antigua, emerge como respuesta a la preocupación sobre el lenguaje y la fonación y se hacía alusión a las alteraciones del habla, voz y afecciones del lenguaje en personas con daños cerebral como consecuencias negativas para la sociedad (Maggiolo & De Barbieri, 2012).

La consolidación de esta profesión como carrera logró su mayor auge en el siglo XVIII, como consecuencia de un gran intento a nivel mundial de querer explicar, conocer y descubrir con bases científicas las causas neurobiológicas de las enfermedades que aquejaban a las personas en aquellos tiempos con la aparición de estudios de científicos emblemáticos como Wernicke y Broca, los que lideraron los marcos teóricos de referencia para estudiar las alteraciones de la comunicación oral con una visión médica, mirada que lideraba hasta hace un tiempo la formación de los fonoaudiólogos chilenos (Maggiolo & De Barbieri, 2012). Durante muchos años existió un esfuerzo continuo por parte de los profesionales fonoaudiólogos Victoria Chinchón, Edith Schwalm, Graciela Soto y colaboradores, junto con la terapeuta ocupacional Brígida Flores y el doctor Paulinelli de formalizar la carrera, esfuerzo que se vio reflejado a finales de 1971 aprobándose la carrera propiamente tal, sin embargo esta etapa finaliza un tiempo después con en 1973 con el golpe de estado, hasta que se vuelve a reabrir una vez culminado este (Peñaloza, 2012 en Hormazábal, Peñaloza, Fuller, Vergara & Núñez).

La visión médica de esta profesión ha sufrido cambios de acuerdo a demandas sociales, al igual que las mallas curriculares que rigen la formación de los futuros fonoaudiólogos, tal como mencionan Martínez, Cabezas, Labra, Hernández, Martínez, Cerutti & Malebrán (2006). Cuando se inició la carrera en la Universidad de Chile en 1955 fue producto de la idea de un grupo de médicos, entre ellos un otorrinolaringólogo, que sentían necesario el formar especialistas en rehabilitación encargados de la voz, lenguaje y audición, no sólo en el ámbito médico, también en educación (Peñaloza, 2012 en Hormazábal, et al).

Cabe destacar que el contexto situacional en el que se dio inicio a la formación de estos profesionales tenía la necesidad de responder a demandas sociales para solucionar y abordar los problemas de lenguaje de la población, y no enfocado en estudiar un tema como fenómeno (Maggiolo & Barbieri, 2012).

B.2 Proceso normativo de los saberes y competencias fonoaudiológicas en rehabilitación.

Existen cuatro tipos de fonoaudiología según Serra (2007), los cuales son el asistencial el que se utiliza en salud y que tiene como subtipo una fonoaudiología ocupacional que se encarga de la salud de los trabajadores en temas relacionados con la profesión; otros son el legal el cual hace referencia a la participación del fonoaudiólogo en evaluación e intervención de sujetos que se encuentran en procesos judiciales y que requieren terapia de esta especialidad, y cuando se requiere su testimonio o informes en el ámbito judicial; educacional aportando a las adecuaciones o modificaciones curriculares de los menores que lo requieran y por último la fonoaudiología científica para generar y actualizar conceptos, perfeccionar y justificar acciones.

A partir de lo anterior, Serra (2007) menciona que el profesional fonoaudiólogo puede desempeñar labores tanto en ámbitos legales, comerciales, políticos y en salud, por lo tanto, el fonoaudiólogo no sólo está capacitado para trabajar en hospitales o clínicas sino que también puede desempeñarse llevando a cabo programas de capacitación, en equipos éticos, entre otras. Dentro de estos ámbitos puede realizar intervenciones de manera individual, con pares, en seguimiento de casos o como supervisor (Serra, 2007).

Para Serra (2008) durante la formación académica de los futuros fonoaudiólogos, los casos que se estudian se desnaturalizan, es decir, se objetivizan con el propósito de lograr una mirada técnica para adquirir el conocimiento de las distintas áreas, pero al llevar esta mirada a la práctica usando un lenguaje técnico con el paciente aleja al profesional del usuario.

El fonoaudiólogo puede especializarse en distintas áreas en las que puede ser competente, lo cual va generando diferentes identidades profesionales entre un fonoaudiólogo y otro (Serra, 2008). Las áreas de especialización son la voz en la que el fonoaudiólogo se encarga de promover el cuidado de la calidad vocal, proponer pautas de desarrollo vocal, entre otras funciones; la de odontoestomatología encargada de los desequilibrios neuromusculares del habla, respiración y deglución; el lenguaje es otra especialidad (se encarga de las dificultades

en comprensión y expresión de ideas); la audiología para reparar, habilitar o rehabilitar las funciones auditivas afectadas en un sujeto (Serra, 2008).

Desde el inicio el perfil de los profesionales fonoaudiólogos de la Universidad de Chile ha ido cambiando constantemente en relación a la evolución del conocimiento, cambios epidemiológicos, necesidades del país, en relación a la globalización, movilidad estudiantil, transferencia de conocimientos y tendencias mundiales; con el fin de contribuir de mejor modo al desarrollo del país y sus necesidades con un profesional integral con todas las herramientas necesarias para desempeñarse ante cualquier contexto (Maggiolo & De Barbieri, 2012).

En 1999 se explicitan formalmente los saberes disciplinares de la fonoaudiología, los cuales se orientaron al diagnóstico y rehabilitación de patologías que afectaran la oralidad. Esto se explicita de la siguiente forma: "la disciplina cuyo objeto 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 & Swalm, 1999 en Romero, 2012, p100)

Estos saberes disciplinares se ven fuertemente influenciados por el modelo biomédico, pero integra también aspectos sociales y humanistas (Romero, 2012; López, 2012). Si bien actualmente sigue existiendo fuertemente una formación médica a la base, han sucedido una serie de transformaciones sociales que han contribuido a ampliar la mirada en cuanto a los saberes y competencias sobre los cuales se sustenta el quehacer profesional. Algunos de estos cambios han sido en la concepción de discapacidad, modelos de atención, los cuales han implicado la inserción de fonoaudiólogos en instituciones de rehabilitación como los CCR cuyas formas de intervención involucra la participación de la comunidad, el trabajo inter y transdisciplinario, la conformación de redes sociales y consideración de que el usuario por su situación de salud muchas veces perderá la capacidad de expresarse oralmente, mas no la capacidad de comunicarse, por tanto el fonoaudiólogo desde su disciplina incluye estrategias que propicien la comunicación de paciente en todos sus contextos. Estas transformaciones han contribuido a que el perfil y la identidad profesional del fonoaudiólogo considere no solo aspectos basados en la estructura y función para sustentar el diagnóstico y la intervención, sino considere al sujeto, su entorno, los roles que cumple, etc., de manera tal que hoy se considera la fonoaudiología como una disciplina que se ocupa del bienestar comunicativo de las personas, el cual se entiende como una "adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de necesidad de salud" (Romero, 2012, p.102)

Esta nueva concepción, más amplia que la anterior, implica comprender tanto el concepto de bienestar como el de comunicación. En relación al primero, este conlleva dos aspectos sobre los cuales el fonoaudiólogo actúa, primeramente, el quehacer profesional se orienta a satisfacer necesidades de salud de los usuarios y en segundo lugar, estas necesidades pueden ser diversas, es decir, de tipo social, emocional, espiritual, física, etc, por tanto, el quehacer fonoaudiológico debe actuar en función de las diversas necesidades de los usuarios; mientras que el segundo concepto, la comunicación, ya no solo es entendida como el producto de una transmisión de mensajes entre un emisor y un receptor, sino también es entendida como un fenómeno social útil para la transformación de los espacios colectivos (Romero, 2012).

El profesional fonoaudiólogo debe, desde esta perspectiva, responder “en torno a las necesidades comunicativas que los sujetos manifiesten en las más diversas condiciones sociales y culturales” (Romero, 2012, p. 104) y esto implica anticiparse a los hechos, prever situaciones, evaluar efectos e impactos de situaciones, combinar estrategias de acción, asociar diferentes puntos de vista, etc.

La intervención fonoaudiológica entonces se entiende como un acompañamiento al sujeto el cual involucra “actuar terapéuticamente de manera integral en conjunto con otros actores relevantes, considerar el contexto, la diversidad y los derechos de las personas...” (Comisión Local de Innovación curricular, 2010 en Romero 2012, p.105)

Por tanto, el abordaje de las necesidades comunicativas de un usuario contempla el trabajo interdisciplinario, considerar y abordar los contextos en los cuales se desenvuelve el sujeto.

B.3 Incorporación de fonoaudiólogos en instituciones públicas de salud.

En nuestro país, el fonoaudiólogo como se mencionó en párrafos anteriores, según Serra (2008) tiene distintas áreas de especialización. Los procedimientos de evaluación e intervención de estas áreas pueden llevarse a cabo en diferentes instituciones, dentro de las cuales se encuentran las relacionadas con la salud. Martínez, Cabezas, Labra, Hernández, Martínez, Cerutti & Malebrán (2006) mencionan que los fonoaudiólogos insertos en salud desempeñan sus labores profesionales mayormente en servicios de atención secundaria y terciaria, ya sea en otorrinolaringología y neurología, además, recalcan que este profesional tiene una participación minoritaria en la atención primaria en comparación con los servicios que prestan en los otros sistema de atención.

Dentro de las labores que cumple el fonoaudiólogo en los hospitales públicos, podemos mencionar como ejemplo las funciones de este profesional en el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, lugar en que el fonoaudiólogo presta servicios a usuarios de manera ambulatoria o cuando se encuentran hospitalizados en cuanto a evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos en las áreas de su especialidad como son comunicación, habla, lenguaje, audición, voz y deglución; además participa en programa de evaluación e inducción, programa de atención temprana especializada en rehabilitación, programa de atención al prematuro, programa de atención al pre-escolar, programa de integración escolar, programa de terapia asistida con animales (Rodríguez, s.f)

En relación a los Centros Comunitarios de Rehabilitación, actualmente las pautas de los profesionales participantes en estos centros considera como rehabilitadores al kinesiólogo y terapeuta ocupacional (Equipo de rehabilitación CCR La Reina, Vivanco & Soto, 2012). Sin embargo el fonoaudiólogo ha ido de manera progresiva incorporándose a los Centros Comunitarios de Rehabilitación.

En el CCR de la Reina hace poco más de un año se incorporó un fonoaudiólogo a trabajar en conjunto con el equipo de rehabilitación de trastornos de la comunicación y deglución de niños y adultos con enfermedades cerebrovasculares, alteraciones de la movilidad, dependencia severa y parkinson (MINSAL, s.f).

El fonoaudiólogo es el encargado de realizar atenciones tanto individuales como grupales y a domicilio. Además de educar y formar a los cuidadores, realizar actividades de promoción y prevención en la comuna, y colaborar en que el paciente logre obtener una adecuada red de apoyo, como en el caso del CCR de La Reina (MINSAL, s.f).

El fonoaudiólogo no solo cumple las funciones mencionadas anteriormente. En el CCR de Pedro Aguirre Cerda es encargado de realizar guías de alimentación en relación al niño, al alimentador, al alimento y el ambiente; en conjunto con otros profesionales como Psicólogo, Nutricionista, y Terapeuta ocupacional (INRPAC, 2010)

Una de las labores que desarrollan los fonoaudiólogos dentro de los CCR es la instrucción a padres, la cual se basa en pautas para favorecer el desarrollo de sus hijos como es el trabajar con el menor la mayor parte del tiempo, sin importar que el inicio sea en base a juegos o a conversación, no corregirle si no le entiende, más bien el padre debe hacer un esfuerzo por

comprenderlo, dar paso a la comunicación oral del niño dejando que se exprese por este medio y no dando exclusividad al lenguaje gestual, entre otras indicaciones (Anónimo, 2013).

Otra función que desempeñan es la de estimular el lenguaje a través de un trabajo en conjunto con padres y/o cuidadores de los menores en los que se enfatiza la corrección de las palabras mal expresadas por el menor, pero de manera sutil dentro del mismo diálogo, sin dar mayor énfasis a esa palabra, ampliar el conocimiento léxico del menor a través de la exploración de su contexto, estimular la imaginación del menor, comentarle las acciones y hechos que ocurren a su alrededor, etc; además de generar estrategias de comunicación alternativa aumentativa para quienes lo requieran (Anónimo, 2013).

CAPÍTULO II. PROBLEMATIZACIÓN

En el presente capítulo se explicará más en detalle aspectos que fueron descritos en la introducción del presente trabajo como el contexto a partir del cual surge esta investigación, las preguntas y objetivos que la sustentan.

II. 1. Preguntas de investigación

Como se mencionó en la introducción, han surgido transformaciones en relación a las concepciones de salud-enfermedad y los modelos de salud con sus estrategias correspondientes. El rol del fonoaudiólogo es diagnosticar, intervenir, (re)habilitar, entre otras funciones dentro de las áreas específicas de su conocimientos como son la comunicación, motricidad orofacial, alimentación oral, audición y sistema vestibular, por lo que consideramos que el profesional debe mostrar interés por lo que le sucede a la persona y entregar todas las herramientas tanto teóricas como personales para abordar el tratamiento de modo eficiente, con el fin de potenciar las características del ser humano. No solo se debe tratar el síntoma sino que también lo que rodea y caracteriza al sujeto, lo que lo hace diferente de otros.

Es de nuestro interés el considerar al ser humano en el proceso de la salud-enfermedad como un individuo que coexiste con múltiples factores, por lo que nos pareció importante recabar antecedentes sobre una estrategia de rehabilitación propuesta por la Organización Mundial de la Salud que comenzó emplearse desde el 2003 en nuestro país, denominada Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), la que enfatiza la independencia de la persona con discapacidad y el logro de inclusión en la sociedad, con el fin de desenvolverse plenamente, dejando a un lado los obstáculos y limitaciones.

A su vez, creemos que es importante caracterizar las prácticas profesionales de fonoaudiólogos que presentan una identidad laboral en torno a la atención e intervención en salud bajo estrategias del modelo médico tradicional.

A raíz de lo anterior surgen las siguientes interrogantes:

1. ¿Cómo conciben su quehacer profesional fonoaudiólogos insertos en CCRs?
2. ¿Cómo llevan a cabo su quehacer profesional fonoaudiólogos insertos en CCRs?

3. ¿Cómo conciben su quehacer profesional fonoaudiólogos insertos en hospitales públicos?

4. ¿Cómo llevan a cabo su quehacer profesional fonoaudiólogos insertos en hospitales públicos?

II. 2. Objetivo general

Caracterizar las experiencias profesionales de fonoaudiólogos (as) que se desempeñan en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) de aquellos que trabajan en hospitales públicos.

II. 3. Objetivos específicos

1.1 Describir las prácticas profesionales de atención fonoaudiológica en hospitales públicos.

1.2 Describir las prácticas profesionales de atención fonoaudiológica en CCRs.

1.3 Explicar el sentido del quehacer profesional de fonoaudiólogos que integran equipos de CCR.

1.4 Explicar el sentido del quehacer profesional de fonoaudiólogos que integran equipos de hospitales públicos.

CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual sobre el cual se basa esta investigación comprende dos componentes fundamentales: el primero corresponde a su enfoque epistemológico, el cual explica los principios y reglas por las cuales un fenómeno social puede ser conocido y demostrado, estableciendo las cualidades del fenómeno, qué lo constituye y qué lo hace una condición u objeto de la realidad (Vasilachis, 2006). El segundo componente es la red conceptual específica de la investigación, es decir, aquellos conceptos que explican el problema de investigación y orientan los posteriores procedimientos para dar respuesta a las interrogantes planteadas y que surjan de la investigación.

III. 1. Perspectiva epistemológica de la investigación

La palabra epistemología proviene etimológicamente de las raíces griegas *episteme*, que significa saber, y *logos* que significa estudio de, por tanto representa el estudio del conocimiento. El propósito de esta disciplina consiste en explicar la actividad cognitiva, proceso que subyace al conocimiento de cualquier fenómeno (Rendueles & Dreher, 2007).

III. 2. Hacia la comprensión del quehacer evaluativo y terapéutico en Fonoaudiología:

¿Cómo se entiende una práctica cotidiana desde lo social?

Desde esta perspectiva tanto el sujeto como el objeto, la relación que se da entre ellos es una construcción social. Berger y Luckman (citado en López-Silva, 2013) mencionan que “nuestra realidad cotidiana es socialmente construida mediante la objetivación de patrones sociales que son construidos y negociados en el seno de nuestras prácticas sociales diarias” (p. 13)

Una práctica cotidiana como la práctica profesional y cómo se entiende esta, resulta una expresión de la estructura social y de los significados sociales que la comunidad enuncia y acepta como tal. Por tanto, el conocimiento, no es un asunto sobre hechos de un mundo externo y objetivo, sino que está socialmente determinado de acuerdo al grado de nuestro compromiso previo con una específica comunidad social y la manera en que conceptualizamos la realidad no refleja una realidad externa, sino que nuestra participación en ciertas

comunidades de significado. Estas construcciones ocurren en gran medida gracias al lenguaje, por lo que participar en el lenguaje y en la construcción de la realidad que éste propone es participar en una forma de vida o en una tradición específica que reproduce un entendimiento específico de la realidad (López-Silva, 2013). Por tanto, “el espíritu y la persona emergen socialmente, y el lenguaje, en la forma de gesto vocal, proporciona el mecanismo para su manifestación”(Mercado & Zaragoza, 2011, p. 164).”

Una práctica cotidiana como la práctica profesional y cómo se entiende esta, resulta una expresión de la estructura social y de los significados sociales que la comunidad enuncia y acepta como tal. Por tanto, el conocimiento, no es un asunto sobre hechos de un mundo externo y objetivo, sino que está socialmente determinado de acuerdo al grado de nuestro compromiso previo con una específica comunidad social y la manera en que conceptualizamos la realidad no refleja una realidad externa, sino que nuestra participación en ciertas comunidades de significado. Estas construcciones ocurren en gran medida gracias al lenguaje, por lo que participar en el lenguaje y en la construcción de la realidad que éste propone es participar en una forma de vida o en una tradición específica que reproduce un entendimiento específico de la realidad (López-Silva, 2013). Por tanto, “el espíritu y la persona emergen socialmente, y el lenguaje, en la forma de gesto vocal, proporciona el mecanismo para su manifestación”(Mercado & Zaragoza, 2011, p. 164).

Autores como Goffman y Garfinkel explican la construcción social que se hace de cualquier práctica cotidiana develando que en los espacios particulares se puede verificar cómo los grupos sociales forman una vida propia que, vista desde cerca, se vuelve significativa, razonable y normal (Mercado & Zaragoza, 2011).

Todos los hechos que son considerados como prácticas comunes, cotidianas en el diario vivir no son azarosos, más bien corresponden a escenas con parámetros y características delimitadas (Garfinkel, 2006). Al momento de interpretar una situación común inevitablemente dependerá de lo previamente ya conocido de esas situaciones por parte del observador o participante, de las características de trasfondo en que las apariencias concretas de un evento van a ser reconocibles e inteligibles para el miembro de la sociedad participante de cierta situación (Garfinkel, 2006).

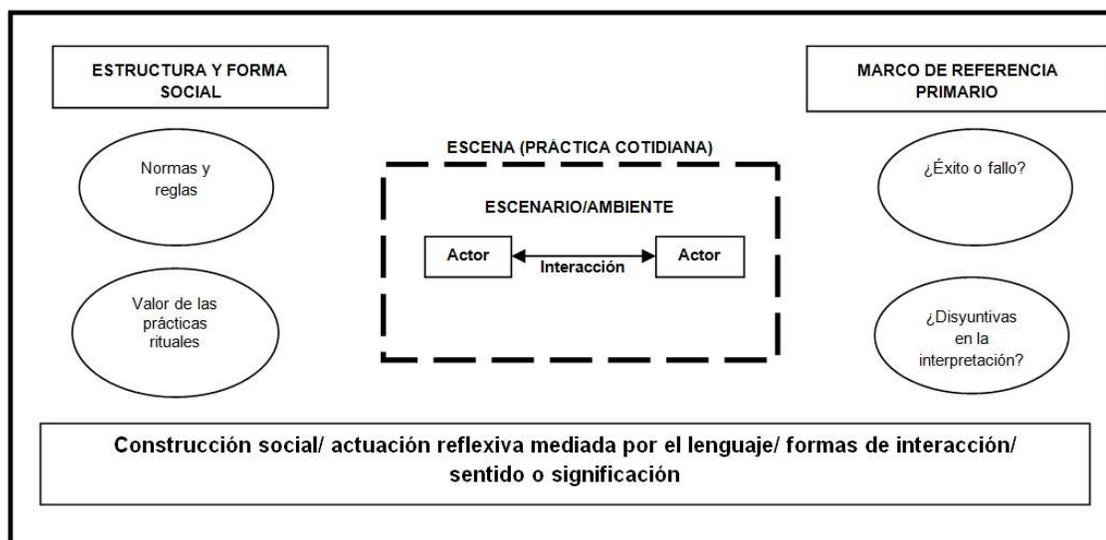
Cada persona dentro de un contexto específico tiene roles determinados socialmente, el actuar de cada persona está delimitado según cada contexto en que se enfrentan. Si estas funciones

establecidas se desvanecen de un momento a otro sin alguna justificación, provocará desequilibrios en la situación que se desarrolla, esperando justificaciones por parte de los participantes en relación a cierto actuar (Garfinkel, 2006), lo que conduce a plantear la existencia de un conocimiento de sentido común de las situaciones del diario vivir. Los integrantes de una sociedad consideran un conocimiento institucionalizado de la realidad, acuerdos establecidos motivados por las personas con expectativas de trasfondo, que alude a la existencia de un orden auténtico de creencias en relación a la vida en sociedad por parte de las personas que integran esa sociedad (Garfinkel, 2006).

Si las expectativas del conocimiento común se ven interrumpidas en el diario vivir en sociedad se producirán comportamientos de asombro, incertidumbre, conflicto interno, aislamiento psicosocial, ansiedad profunda, una serie de asuntos que afectarán el yo interno de las personas, por tanto, se deduce la existencia de patrones de conductas establecidos social y culturalmente, que orientan las acciones de las personas hacia determinadas escenas y eventos, si estos patrones se ven afectados por alguna conducta de algún miembro de la sociedad se producirán incertidumbres y cuestionamientos del actuar de esa persona (Garfinkel, 2006). Es por esto que los investigadores consideran a las personas en sociedad como “idiotas sin juicio” capaces de considerar sus acciones como una rutina gobernada por acuerdos previos, lo que tiene relación con la existencia de un hecho común en que las personas en sociedad consideran acuerdos previos al momento de actuar para normalizar sus actividades que no habían sido estipulados explícitamente, sino más bien tácitamente (Garfinkel, 2006).

El comprender los hechos o prácticas comunes conlleva a situarse en un marco de referencia primario, el cual es entendido como un esquema interpretativo que posibilitará sentido a algo que de otra forma no lo tendría. Este marco de referencia es principalmente social, el cual proporciona una base para el entendimiento de los acontecimientos que incorporan la voluntad. Estos acontecimientos voluntarios se conocen como haceres guiados que someten a quienes los realizan a criterios de “valoración” social de su acción basada en, honestidad, eficiencia, economía, seguridad, etc. (Goffman, 1975).

En este sentido, una práctica cotidiana se puede graficar de la siguiente manera:



Cuadro 4: Elaboración propia.

Entonces y a modo de síntesis, una práctica cotidiana constitutiva de conocimiento resulta ser una escena en que los actores que actúan en ella lo hacen en un escenario cuyo papel es un rol particular. Para analizar esta escena no solo debemos considerar la triada escenario-actores-interacción, sino debemos entender que toda escena resulta ser un producto social y como tal en toda actuación se deben seguir normas y reglas que rigen la interacción y que de una u otra forma permiten valorizar dicho encuentro, los roles de los personajes, la situación y el ambiente en que se da.

En relación a lo anterior y respecto de nuestro foco de estudio y análisis: ¿Cómo llevamos esta conceptualización de una práctica cotidiana a la práctica cotidiana del fonoaudiólogo? Intentaremos interpretar el quehacer fonoaudiológico en el siguiente apartado.

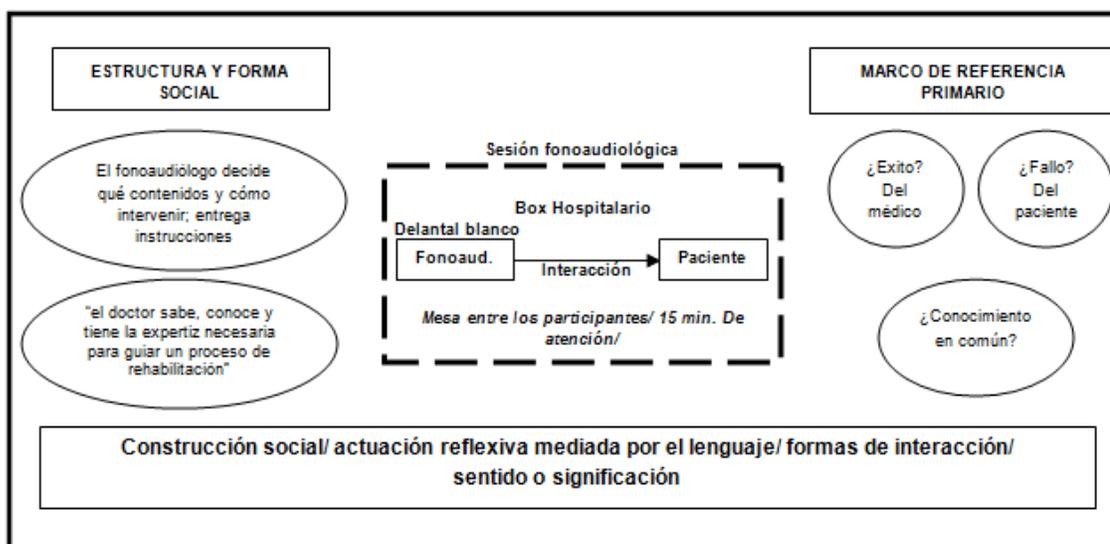
III. 3 ¿Cómo se entiende el quehacer profesional del fonoaudiólogo?

Las prácticas cotidianas en salud sea evaluación o intervención pueden ser interpretadas o comprendidas a partir de lo ya descrito anteriormente, es decir, como una escena donde confluyen los participantes o actores, el fonoaudiólogo y su paciente solo o acompañado o bien este profesional y el resto del equipo de trabajo, cuya escena refleja la interacción cara a cara de los participantes. Nos situaremos en un micro-evento particular que es la intervención

fonoaudiológica, cuyo escenario puede ser un hospital, un CCR o cualquier servicio de salud de los descritos en los acápite anteriores.

Esta escena (una sesión de terapia) la podremos comprender a partir de dos marcos conceptuales diferentes, es decir, desde un modelo biomédico de atención o bien desde un modelo biopsicosocial, cuya estrategia en la atención es comunitaria.

Respecto al primero (modelo de atención biomédico) concibe al paciente como un ser pasivo, minusválido que debe ser asistido, en que el contexto de intervención se limita al box de atención y la relación médico-paciente es jerarquizada, es decir, el profesional indica instrucciones que el paciente debe cumplir, por tanto, las normas o reglas que subyacen a esta estructura se han organizado socialmente, de manera que tanto el paciente como el profesional generan una interacción y vinculación de la siguiente forma:



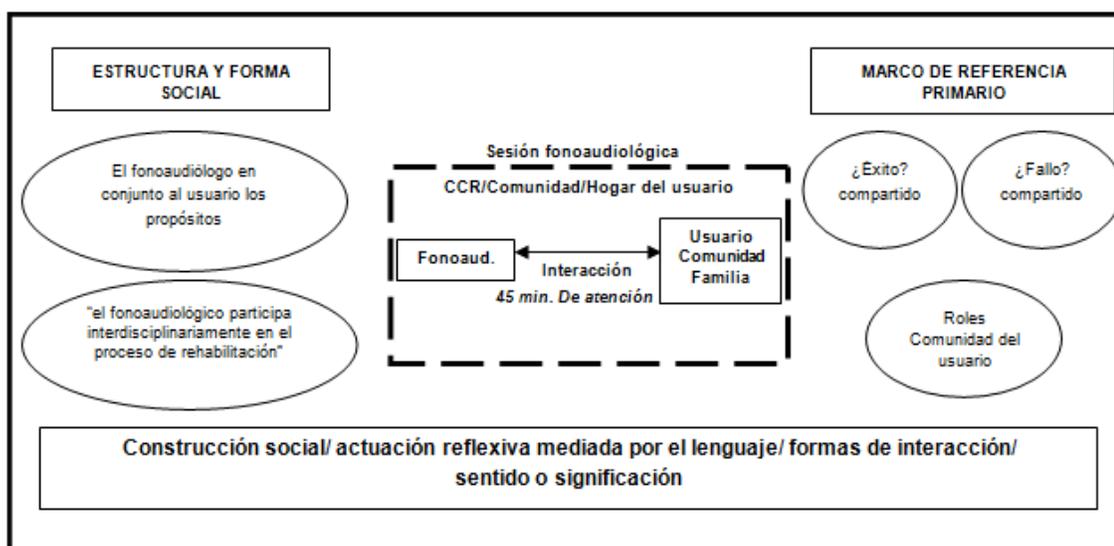
Cuadro 5: Elaboración propia.

El cuadro o esquema a partir del cual intentamos dar cuenta de la estructura del quehacer fonoaudiológico en donde socialmente se ha valorizado el dominio, expertiz del profesional para lograr el propósito del paciente al asistir a la consulta, que finalmente constituye el sentido mismo de tal escena. La interacción desde esta perspectiva resulta más distante y con predominio de la entrega de instrucciones del profesional al paciente, quien acata y cumple con aquello que el profesional indica.

El escenario, a su vez resulta de la construcción social de lo que tradicionalmente ha significado atender en un hospital público por ejemplo, es decir, el profesional fonoaudiólogo debe utilizar delantal blanco, las salas de atención son uniprofesionales y la interacción también se encuentra delimitada por la norma institucional, es decir, el tiempo de atención por lo general no supera los 20-30 minutos.

Otro aspecto de la dinámica construido socialmente es el concepto de éxito o fracaso de la terapia, siendo el éxito un logro del médico quien ha sabido guiar este proceso de forma adecuada, sin embargo, si contrariamente resulta no exitosa se piensa como causa probable que el paciente no se adecua a la terapia, no ha seguido adecuadamente las indicaciones del profesional.

El segundo corresponde al modelo de atención biopsicosocial, en que el sujeto es concebido como activo en la toma de decisiones respecto de su proceso de rehabilitación, en donde el contexto de atención se extiende desde el box hacia la comunidad, incluyendo a la familia, las instituciones educativas y laborales, y la relación es entendida como una construcción bidireccional. El siguiente esquema intenta de forma muy general dar cuenta de este proceso:



Cuadro 6: Elaboración propia.

Por las descripciones mencionadas, la vinculación en esta situación, es decir, en el modelo biopsicosocial, se torna bidireccional en comparación con el modelo biomédico por cuanto estos servicios como los CCR se encuentran cercanos a la comunidad, el tiempo de atención del

usuario es mayor y la participación de este y su familia se espera sea activas en la toma de decisiones más que en un modelo biomédico en donde lo observado es un sistema asistencialista, en el que los usuarios esperan una respuesta del profesional responsable. Cabe destacar que en la actualidad el acceso a la información es más inmediato y económico que en épocas anteriores, por lo que no sería extraño encontrar usuarios que participan de manera activa en la atención de salud dejando atrás la visión de un paciente que espera una solución.

Por otra parte, la vestimenta empleada en cada servicio o centro de salud actualmente se va apartando de la visión de que los profesionales del área de la salud se distinguían de otros profesionales por el uso de un delantal o chaqueta de color blanco, ya que actualmente se puede observar que algunos profesionales usan ese tipo de delantal, pero otros uniformes institucionales o simplemente alguna prenda que personalmente les resulten cómodas.

Hemos dicho al principio de este capítulo que el lenguaje juega un rol fundamental en la construcción social de una actividad en particular. Desde esta perspectiva, el uso lingüístico que devela la representación que se tiene de esta escena y sus participantes desde una perspectiva más teórica es la que se muestra en el siguiente cuadro, pero cabe destacar que en la práctica clínica se pueden encontrar otras representaciones que varían según los centros de salud y/o como de cada profesional.

TÉRMINO	MODELO BIOMÉDICO	MODELO BIOPSIICOSOCIAL
Referido al consultante	PACIENTE	USUARIO
Referido a su condición	DISCAPACITADO	EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
Referido a la valoración	MINUSVÁLIDO	SUJETO CON DERECHO

Tabla II: Elaboración propia.

Si bien ambos escenarios comparten los mismos elementos en la intervención en salud (pacientes, médicos, relación médico-paciente, contexto de intervención, etc.) la forma en que se entiende el proceso hace que este se lleve a cabo de forma diferente. Por tanto, la práctica cotidiana de rehabilitación en salud puede ser entendida de dos formas distintas y al igual que Mannheim (1955) citado en Pollner (1964) nos planteamos la interrogante de ¿Cómo procesos

similares de pensamiento pueden generar visiones diferentes del mismo mundo, en nosotras que somos en este momento las espectadoras de la misma escena realizada en dos escenarios relativamente similares?

La respuesta a la interrogante planteada anteriormente podría ser: "...el mundo es como lo percibimos y que 'lo' que percibimos existe solo en la percepción...." (Pollner, 1964). Así, este mismo autor explica que la interpretación de las situaciones se lleva a cabo a través de supuestos, los cuales dependen de las creencias de cada sujeto, lo que puede explicar las diferentes visiones que tienen los sujetos que participaron u observaron una misma situación, lo cual Pollner (1964) denomina como intercambiabilidad de posiciones, la cual ejemplifica a partir de los juzgados de tráfico en que un hombre asegura la inexistencia de carreras clandestinas en un lugar, mientras que el policía defiende la postura de que sí había una carrera en el mismo lugar y hora en que estaba el acusado. Por tanto, la comprensión o interpretación de un hecho no es azarosa, sino implica que los participantes de una comunidad asuman una realidad que es subjetiva, pero que otros viven de manera más o menos similar (Pollner 1964).

Ahora bien, probablemente estas descripciones que hemos intentado hacer resulten menos acabadas por cuanto hemos descrito de manera general lo que creemos es la estructura social que engloba la atención fonoaudiológica; no obstante, debemos también considerar que probablemente existan atenciones desde el modelo biomédico que incorporen aspectos de intervención del modelo biopsicosocial, como por ejemplo guiar el trabajo terapéutico de forma compartida en donde el sujeto también sea un agente más activo o se busque la plena participación de este en sus diferentes roles, pero por una restricción de la estructura organizacional del servicio donde ejerce su labor, estas acciones se ven más acotadas. También puede ser y esperamos que los conocimientos actualizados también se reflejen en la visión que tiene de su propio rol y del proceso de intervención mismo, es decir, que también le permitan transformar su propia práctica y su entorno.

CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se describirán aspectos del diseño metodológico que permitirán obtener la información necesaria para responder las preguntas de investigación explicadas en el capítulo II. Por tanto, se abordará más detalladamente lo que significa que esta investigación sea de tipo cualitativa, la selección de las unidades de estudio, técnicas de recolección de datos, los resguardos éticos, criterios de calidad, y procedimientos de análisis conceptual del presente trabajo.

IV. 1. Tipo de investigación

La investigación llevada a cabo se sustentó en las características de un método cualitativo del tipo flexible, puesto que “intenta captar reflexivamente el significado de la acción atendiendo a la perspectiva del sujeto o grupo estudiado” (Mendizábal, 2006, p.68) y a medida que se avanza en el proceso de investigación existe la posibilidad de modificar los contenidos o la forma de concretar la investigación, como la pregunta o propósito según los resultados que se vayan obteniendo a lo largo del proceso (Mendizábal, 2006).

Por otra parte, se caracterizó por ser un estudio inductivo y descriptivo. Lo primero debido a que se intentó analizar una situación a partir de datos empíricos ya existentes, y lo descriptivo se explica a partir de que este estudio se basó en relatar lo mencionado por los profesionales y lo observado por los investigadores, sin hacer un análisis matemático de los datos (Mendizábal, 2006).

La investigación se enmarcó en un enfoque micro sociológico relacionado con explorar las prácticas profesionales en contextos institucionales de salud. El análisis del estudio se llevó a cabo mediante la Teoría Fundamentada para comprender las prácticas realizadas por los profesionales fonoaudiólogos que trabajan en rehabilitación, se sustentó en el interaccionismo simbólico de principio del siglo XX y en la escuela sociológica de Chicago, por lo que nos permitió comprender, desde una perspectiva social y lingüística, las construcciones que los participantes tienen respecto de su propio quehacer profesional, motivo por el cual recogimos sus conceptualizaciones y relacionar estos conceptos.

El propósito de la Teoría Fundamentada es la construcción de categorías conceptuales (generar teorías y/o describir) siguiendo un conjunto de reglas preestablecidas y detalladas que dan cuenta del conocimiento, creencias e interpretación que subyacen a sus prácticas clínicas, es decir, “permite en forma inductiva, durante el proceso de investigación, generar conceptos e interrelacionarnos” (Mendizábal, 2006, p.68). La Teoría Fundamentada es una metodología encargada y centrada en el análisis de datos más allá de la recolección de estos (Wolcott, 1994 en Trinidad, Carrero & Soriano, 2006), constituye un método inductivo, que “permite crear una formulación teórica basada en la realidad tal y como se presenta, usando con fidelidad lo expresado por los informantes, buscando mantener la significación que estas palabras tenían para sus protagonistas (Campo-Redondo, Labarca, 2009).

Existen dos requisitos mínimos para emplear los ideales de la Teoría fundamentada, uno de ellos es que los conceptos son abstractos (no considera tiempos, personas y lugares) y perdurables en cuanto a la teoría (Trinidad, Carrero & Soriano, 2006).

Existen algunos estudios cualitativos en el área de salud cuya metodología utilizada ha sido la Teoría fundamentada. Estos han aportado a comprender fenómenos como atención de pacientes en el área de enfermería (Vivar, Arantzamendi, López-Di Castillo, Gordo, 2010) y formación de estudiantes del área de salud (Fernández, 2012).

La perspectiva epistemológica que suscribió esta investigación es la tradición hermenéutico-interpretativa, lo que se explica a continuación. Para Vasilachis (2006) y Vargas (2011), la epistemología debe informar de las características del sujeto que conoce y de las propiedades del objeto del conocimiento. Desde el paradigma hermenéutico, la actividad cognoscitiva ocurre de la siguiente manera:

- 1) El investigador inevitablemente se sitúa en un contexto significativo que explica su rol, las preguntas que se genera y el vínculo que establece con el objeto de investigación.
- 2) El investigador y el objeto investigado crean y estructuran de manera simbólica un contexto específico de encuentro, en el cual se intersectan realidades construidas simbólicamente y sus respectivas perspectivas. En el proceso de conocer las distintas realidades se manifiesta de modo implícito preconcepciones del investigador en conjunto con la aparición de nuevos significados que son interpretados y guiados según los intereses del investigador.

- 3) Interpretar es un proceso circular que involucra tanto a quién interpreta y a lo interpretado, en que se recogen elementos específicos del sentido de un contexto y los relaciona con una imagen del contexto total en la que se integran. Quien interpreta es consciente de que la relación parte-todo es siempre momentáneo, dado que el juego interpretativo es abierto, es decir, depende de los agentes participantes en el proceso interpretativo. Las conclusiones de la investigación (clausura interpretativa o cierre interpretativo) también son transitorias, ya que dependerán de los elementos escogidos para el análisis, entre otras condiciones.
- 4) Comprender la realidad como pre-estructurada simbólicamente en cada contexto entiende la función participativa del intérprete, como un hacer explícita la significación dada por los participantes” (Vasilachis 2006)
- 5) Los conceptos de la investigación constituyen un segundo orden interpretativo de una situación que es significativa para sus participantes.

En cuanto a los fenómenos u objetos de investigación, este saber plantea que lo social se constituye por un conjunto de significados compartidos que se relacionan entre sí y proporcionan sentido y pertenencia a un contexto social que se conoce como “mundo de la vida” o “cotidianidad”, el cual corresponde al contexto en el que se dan los procesos de entendimiento, proporciona pautas y modelos para interpretar los marcos de significación necesarios para la acción individual y colectiva.

Finalmente, la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin como método para desarrollar nuestra investigación cualitativa, nos da la posibilidad de recopilar sistemáticamente datos en relación a las experiencias y prácticas del profesional fonoaudiólogo, analizar estos datos con el fin de generar conocimiento y aumentar la comprensión en relación a las prácticas del fonoaudiólogo insertos en distintos centros de salud (Strauss & Corbin, 2002).

IV. 2. Selección de unidades de estudio

Los participantes que conformaron la población en estudio de este trabajo investigativo correspondían a profesionales fonoaudiólogos cuyas prácticas clínicas en rehabilitación reflejaban el uso de la estrategia de rehabilitación comunitario (RBC) según el modelo biopsicosocial y otros que empleaban otras estrategias que se enmarcaban dentro del modelo

de atención biomédico. La muestra teórica se conformó de 4 profesionales de esta área quienes deberán cumplir con los siguientes criterios:

- 2 fonoaudiólogos insertos en Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) que tuvieran experiencia con la estrategia de RBC y que se encontraran en contacto directo con los usuarios del centro de al menos 1 año.

- 2 Fonoaudiólogos que desempeñaran labores en Hospitales Públicos bajo una estrategia del modelo biomédico y que se relacionaran directamente con los usuarios que asistían al lugar por más de 1 año.

Esta muestra fue por conveniencia de las investigadoras de acuerdo al interés y voluntariedad de los participantes, además se consideró los contactos entregados por la tutora a cargo del seminario de investigación y de los propios investigadores.

IV. 3. Técnicas de recolección de datos

Por una parte se recolectaron datos a través de entrevista en profundidad, la cual consiste en una aproximación directa con un interlocutor en la que se interactúa de manera verbal, se realiza una indagación profunda de los temas que se desean abordar con el objetivo de recabar la mayor cantidad de información posible, no es estructurada en cuanto a que las preguntas no son estandarizadas ni predeterminadas, ya que se pretende que el entrevistado se exprese de manera libre sobre el tema que le compete y que sea capaz de manifestar su conocimiento sobre el tema a tratar, motivación, sentimientos y creencias sobre este mismo, sin embargo la entrevista se da en base al tema de la investigación y los participantes de la entrevista conocen ese propósito (Scribano, 2007).

Además, se realizó observación no participante de las prácticas fonoaudiológicas en las cuales se presentan distintas estrategias de intervención, la cual se encuentra dentro de una técnica de investigación y se entiende como la obtención de datos por parte del investigador en un contexto en que este no forma parte de la realidad que está estudiando (Nieto, 2001).

Las entrevistas realizadas fueron grabadas en audio, luego fueron transcritas y analizadas en conjunto con el resto de la información recolectada.

IV. 4. Resguardos éticos

En este trabajo de investigación se consideraron algunos aspectos éticos que consideramos relevantes para llevar a cabo los procedimientos, y por consiguiente, fue necesario considerar el resguardo a los derechos y deberes que tienen cada una de las personas participantes.

Un resguardo es que tanto los profesionales fonoaudiólogos y los usuarios que participaron del proceso de investigación consintieron su participación en la investigación de manera libre y voluntaria, mediante un documento formalizado escrito como es el consentimiento informado, el cual fue firmado una vez explicado el propósito, objetivos, procedimientos implicados en esta investigación en conjunto con los beneficios y riesgos que pudiesen conllevar. Además, se le dio la oportunidad de resolver dudas antes, durante y después de los procedimientos mencionados. Cabe destacar que durante el proceso cada participante podía dejar la investigación según estimara conveniente, sin ningún perjuicio hacia su persona.

Se le informó a los participantes que la información y el material obtenido a través de las entrevistas y observaciones sería de uso exclusivo del grupo de investigación y con el propósito de esta, resguardando su identidad (no se mencionan los nombres de los sujetos, sino que se nombran con su profesión en el texto, con una inicial que los identifique como entrevistados en las transcripciones (E), y un número asignado por los investigadores, por ejemplo E1; si los entrevistados mencionaban nombres de otras personas, estos fueron reemplazados por XX).

IV. 5. Criterios de calidad

Para garantizar la calidad del estudio, tanto en el proceso investigativo, como en el informe escrito cumplimos con criterios que se detallarán a continuación.

A lo largo del proceso de investigación constantemente se consideraron diferentes opiniones y miradas sobre el tema, para lo cual se realizaron auditorías con dos revisores externos con el propósito de tener visiones distintas a la del grupo de investigadores y colaboradores.

El trabajo que llevamos a cabo a través de entrevistas en profundidad y observación no participante fue asumido con compromiso y responsabilidad, observando y registrando de modo exacto y preciso la observación de todos los participantes. Se realizaron reuniones de equipo para compartir estos registros y consensuar aspectos sobre los datos obtenidos, para ello las entrevistas fueron registradas primeramente con grabadoras de audio y posteriormente

transcritas, mientras que la observación no participante fue registrada de forma escrita en bitácoras. El llevar registro de la información perseguía como propósito tener respaldo de las interacciones producidas, lo cual refleja un compromiso con el trabajo de campo por parte de las investigadoras.

En las entrevistas en profundidad, previo a su análisis, cada investigadora realizó la transcripción de la entrevista de forma detallada y cautelosa, con el fin de lograr la mayor objetividad posible, sin tergiversar lo dicho por los entrevistados. Si existía incertidumbre en relación a lo dicho por el participante o para confirmar el contenido se optó por preguntar personalmente al profesional.

Por otro lado, se compartieron entre las investigadoras las bitácoras de las observaciones no participantes y las experiencias vividas, con el fin de tener una mirada global y objetiva de la situación observada, dejando de lado criterios personales.

No hubo sesgo en el análisis de la información a una sola visión, ya que todos los datos recabados fueron discutidos y analizados por el grupo de investigación, el cual se componía de profesionales de distintas áreas, además de las estudiantes, favoreciendo un análisis íntegro de la información, por esto se complementaron las discusiones en conjunto con el equipo de investigación. Además, con el motivo de considerar diversidad de opiniones y aumentar así la confiabilidad de este trabajo investigativo, el guión de las entrevistas y de la observación no participante fue revisado y discutido con un grupo de expertos.

A los entrevistados se les mostró o comentó en relación a las preguntas de la entrevista en profundidad antes de efectuarla, de manera tal que ésta resulte una construcción conjunta (sin imposiciones) y sea lo más natural posible.

IV.6. Procedimientos de análisis conceptual.

El análisis cualitativo se diferenciará de uno de otro tipo por el proceso de transformación de datos, por lo que se menciona que lo relevante es conocer el procedimiento de investigación y los principios del análisis de la problemática estudiada (Trinidad, Carrero & Soriano, 2006).

El análisis cualitativo de los datos obtenidos a partir de las entrevistas se llevó a cabo a través de la metodología de codificación abierta, en la cual se identifican conceptos, se analizan

detalladamente para encontrar semejanzas o diferencias con otros conceptos (análisis comparativo), según Strauss y Corbin (2002), lo que permitirá generar categorías a partir de la agrupación de conceptos semejantes (proceso de conceptualización). Esto se realizó por medio del programa computacional (software) ATLAS-ti.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

El presente capítulo tiene por objeto dar a conocer los principales hallazgos encontrados de esta investigación, describiéndose tanto los elementos discursivos como observados durante el proceso de acompañamiento a los participantes.

A. Contexto hospitalares públicos

Los(as) profesionales fonoaudiólogos(as) participantes de esta investigación, que se desempeñan en contextos hospitalarios, coinciden en llevar a cabo procesos intervención terapéutica con usuarios hospitalizados, sin embargo, uno de ellos además, trabaja en el policlínico del hospital realizando intervenciones en el box de atención.

A. 1. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir del discurso

1. Rol profesional

Dentro del contexto hospitalario, la labor del fonoaudiólogo es educar a la familia como en el caso de:

E4 “educar a los familiares de acuerdo a las necesidades... comunicativas, alimenticias o sea deglutorias en cuanto al paciente”

E4 “... que se le expliquen las cosas, que se les eduque para que al alta puedan tener una mejor calidad de vida, mmm evitar un reingreso, etc”

Esto da cuenta de que el rol de este profesional dentro de este contexto no es solo intervenir al sujeto que requiere la atención, sino que también a sus cercanos, como es el caso de la familia cuando esta está presente, ya que serán ellos quienes recibirán a la persona en su contexto habitual, por ende deben recibir información e interiorizarse en aquello que llevó al sujeto a recibir atención o intervención, con el objetivo de prevenir una futura complicación o reingreso de este sujeto al hospital, y que puedan mejorar la calidad de vida de todo el grupo familiar al tener conocimiento sobre lo acontecido, como el ejemplo mencionado por E4 en otro apartado.

E4 “se va comiendo por boca, por vía oral y tiene riesgo aspirativo, el paciente va a reingresar con neumonía... es un número más de paciente que pudo haberse ido de alta y no reingresar”

El rol profesional incluye también “educación” al usuario, su familia y el equipo de salud, y, por tanto, todas las acciones educativas que realice el profesional debe ser favorecer su labor terapéutica, ya que ambos mencionan la participación familiar, sin embargo, esta solo se da en algunos casos como expresa:

E3 “uno tiene pacientes que pueden tener un buen pronóstico en el largo plazo, pero si nunca los van a traer a terapia qué sentido tiene que cuente con la familia”

De este enunciado se puede desprender que hay ocasiones en que la familia puede estar presente, pero no interesada en la situación del paciente y en esos casos la educación no tendría el efecto esperado de cooperación en la re-habilitación y se puede inferir que perjudicaría el pronóstico del cuadro fonoaudiológico, por esto es el fonoaudiólogo es quién debe pesquisar cuándo la familia se encuentra en condiciones y presenta el interés suficiente para que el rol de educación sea efectivo.

Para E3 otro rol del fonoaudiólogo dentro del contexto hospitalario corresponde al de compensar o restituir las condiciones que llevaron al paciente a ingresar a la institución y quedar hospitalizado, lo cual manifiesta en la siguiente cita:

E3 “siento que cuando uno trabaja en este ambiente en beneficio del paciente y cómo sacarlo [] de la fase aguda es lo más importante”

De lo anterior se puede destacar que el(la) fonoaudiólogo(a) que trabaje en atención a personas hospitalizadas tiene que considerar, en un inicio, que la labor principal será intervenir aquellos contenidos fonoaudiológicos que por ejemplo aumenten el periodo de hospitalización, como agrega E4 en:

E4 “...el rol del fonoaudiólogo a nivel de hospitalizados es evaluar y determinar el tipo de tratamiento en cuanto a la deglución, habla, lenguaje eee mejorar la calidad de vida respecto de las deficiencias del paciente dentro de la hospitalización ... [] también apoyar, como estamos en un hospital, ... [] apoyar el manejo del paciente como de alta, ingreso-alta, como facilitar el manejo de los pacientes dentro del hospital”

Este profesional menciona que el rol fonoaudiológico en hospitalizados es en relación al paciente pero además con los otros funcionarios que atienden a este sujeto, ya que el(la) fonoaudiólogo(a) tendría la responsabilidad de comunicarse con el personal a cargo para apoyar el manejo del paciente en distintas instancias de éste dentro del hospital, por lo tanto todas las acciones a realizar van en beneficio del sujeto como mencionó E3 en la cita encontrada en párrafos anteriores.

Otro rol que deben cumplir dentro del hospital público estos profesionales, es el de ir generando, en los equipos clínicos o con los otros funcionarios del lugar, la noción de que el profesional fonoaudiólogo es una necesidad dentro del área clínica.

E3 “se ha ido gestando la necesidad y hemos ido haciéndonos reconocer por parte del equipo de salud en relación a la importancia que tiene nuestro trabajo”

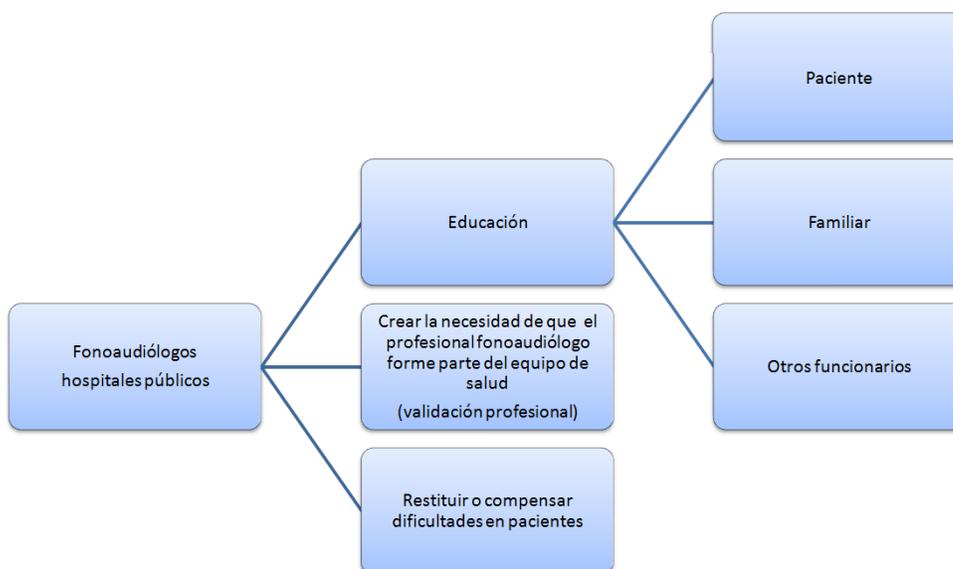
Es el fonoaudiólogo quien crea la necesidad de ser parte importante del área de la salud, pero son los otros profesionales o funcionarios del hospital quienes deben considerar a este profesional una parte esencial dentro de la recuperación de los pacientes, ya que es el(la) fonoaudiólogo(a) el encargado de intervenir por ejemplo a nivel deglutorio, contenido relevante en la evaluación e intervención de todo paciente, sobretodo hospitalizado, debido a que una dificultad en este proceso empeorando la situación de salud del sujeto porque al no ser pesquisada esta puede llevar a otras patologías que aumentan los días de hospitalización y la morbi-mortalidad del paciente, por lo tanto, el rol del fonoaudiólogo(a) es hacerse participe del equipo de profesionales a cargo de la intervención de un paciente.

En el caso de E4 que realiza intervenciones en policlínico con pacientes ambulatorios, su rol dentro de este contexto es realizar seguimiento de la condición que llevó al sujeto a la hospitalización y restituir o compensar secuelas, además de continuar con el rol de educación a la familia en esta nueva situación, ya que la información entregada en la hospitalización correspondía a la de evitar reingresos y en este caso las sugerencias serían, por ejemplo para adaptarse a las consecuencias de alguna patología que genera dificultades fonoaudiológicas, tal como se menciona en:

E4 “En el policlínico el rol es seguir... puede ser dependiendo de si ya conocemos al paciente, pero si ya lo conocemos es como continuar y seguir eee la evolución de paciente en cuanto a una alteración neurológica que tenga relación con la parte fonoaudiológica eee reevaluarlo, seguimiento, controles, intervención, educación de la familia, modificación de estrategias de acuerdo a la evolución y también intentar eem derivar o tratar de que el paciente siga eee trabajando en la parte de la comunidad pero no con nosotros sino que en algún momento que se puedan ir a un CCR para rehabilitar”

El trabajo con pacientes ambulatorios no solo considera aquellos que estuvieron hospitalizados, sino que también a aquellos con patologías neurológicas u otras que generen problemas abordables por los(las) fonoaudiólogos(as). Por otra parte, el trabajo del fonoaudiólogo hospitalario no contempla la inserción del sujeto a su comunidad, por ende es derivado a un centro que contemple esta área como son los CCR, institución que el(la) fonoaudiólogo(a) debe considerar para intervenir de manera integral al sujeto, en todos los contextos en los que este participe no solo el familiar.

En general los roles se resumen en:



Cuadro 7: elaboración propia

2. Sujeto de la atención

Los pacientes que reciben atención fonoaudiológica, evaluación como intervención, son sujetos que se encuentran hospitalizados en diversas condiciones de salud, y es en estos pacientes en que el(la) fonoaudiólogo(a) cumple su rol de educación e intervención, y gracias a la labor cumplida con el paciente es que este profesional se hace un ser relevante dentro del equipo de salud, como se mencionó anteriormente.

E4 “el fonoaudiólogo trabaja con pacientes hospitalizados por lo menos en el área adultos, en medicina básica, UTI-UCI, vamos a la urgencia...”

El(la) fonoaudiólogo(a) se inserta dentro de los hospitales públicos, en diferentes áreas, tal como se puede apreciar en la cita anterior, donde los sujetos presentan diferentes grados de complejidad, tiempos de evolución y patologías, ya que por ejemplo no es lo mismo intervenir a un paciente que se encuentra en urgencia a uno que se encuentra en unidad de medicina en espera del alta médica.

En el caso de policlínico, los sujetos de atención se encuentran en sus hogares y desde aquí se trasladan a las sesiones terapéuticas y presentan patologías variadas.

E4 “vemos de forma ambulatoria en el CRS, atendemos pacientes con patología de lenguaje, de habla, de deglución, de traqueostomía, voz en algunas ocasiones.”

Los(as) fonoaudiólogos(as), según lo anterior, pueden realizar intervenciones terapéuticas en las distintas áreas que contempla esta profesión, tal como son lenguaje, habla, voz, entre otras, y no se centran solo en una de estas o en una condición particular como es solo atención a personas con traqueostomías o con una patología específica.

Por otra parte, los pacientes se encuentran insertos dentro de un núcleo familiar, en algunos casos, ya que otros se pueden encontrar solos, y son sujetos insertos en una comunidad y sociedad, por ejemplo:

E3 “un paciente que no tiene familia y que en vez de estar.... o sea, termina su proceso de hospitalización y estando de alta no se va a ningún lado porque no tiene quién se lo lleve”

E4 “comunidades en alto riesgo socioeconómico y a veces un poco peligrosas también tienen mucha relación con las drogas, robo, delincuencia, entonces son pacientes complejos a nivel social”

De las citas anteriores se desprende que los fonoaudiólogos(as) se relacionan con personas que tienen realidades sociales, familiares, económicas, educativas, etc. diferentes, como por ejemplo, una red de apoyo familiar ausente mencionado por E3 o personas que se desenvuelven en entornos afectados por drogas o delincuencia, como expresa E4; la frecuencia con que fonoaudiólogos(as) se relacionen con una condición u otra está dada por la ubicación donde se encuentre el centro de salud, a lo que hace referencia E4 al mencionar que en el hospital público en que se encuentra reciben personas de comunas de alto riesgo social.

La situación que rodea a cada sujeto de atención debe ser considerado al momento de cumplir con los roles de este(a) profesional, como educar, ya que las indicaciones y la información que se entregue debe ser acorde a la realidad de cada persona y no solo dirigidas a la patología, además el(la) fonoaudiólogo(a) tendrá en cuenta las actividades y la participación de cada sujeto para determinar derivaciones y entregar apoyo pertinente a cada situación, considerando al sujeto como un ser integral.

3. Relación terapeuta -usuario (a)

Los fonoaudiólogos insertos en el contexto hospitalario mencionan tener una cercanía con el usuario, tanto en el lenguaje verbal empleado para dirigirse a sus pacientes y a los cercanos de esta persona, como en la comunicación no verbal, como:

E3 “oiga, qué pasó, cómo le fue en la rehabilitación”

E4 “yo intervengo con el paciente en la silla de rueda, o sea yo salgo de mi puesto claramente, o sea es una intervención mucho... más cercana en ese sentido.”

El profesional fonoaudiólogo tiene más allá que solo el conocimiento teórico-práctico para relacionarse con aquella persona que requiere la intervención de este profesional, sino que el(la) terapeuta cuenta con herramientas personales que le permiten acercarse al sujeto de atención, como es el lenguaje corporal y la proxémica, ya que por ejemplo como menciona E4

se acerca a donde se encuentra el sujeto en silla de ruedas para poder intervenir y no se queda en su puesto de trabajo tras un escritorio, porque le genera una lejanía hacia el sujeto el estar frente al él separados por el objeto mencionado anteriormente, por lo tanto, decide acercarse a él(ella).

4. Retroalimentación usuario(a)/paciente

Dentro de este atributo de análisis no se encontraron resultados dentro de las entrevistas.

5. Contexto de atención

Dentro del contexto de atención al que se enfrentan los fonoaudiólogos(as) que trabajan en hospitales públicos, al igual que en el atributo de rol profesional, se relacionan con las familias, y no solo al paciente. Además, se ve al familiar como un ente relevante en la re-habilitación, como apoyo además de informante, tal como se mencionó dentro del rol profesional.

E3 “trato de intervenir... cuando el paciente está mejor o veo que la familia... tiene un poquito más de relación con lo que estamos viendo”

E4 “... necesitamos mucha información del paciente que no vamos a conocer porque el paciente tiene una grave alteración de la expresión, la familia nos ayuda.”

De ambas citas se puede interpretar que dentro del contexto atencional, el fonoaudiólogo debe considerar al sujeto de atención dentro de su globalidad, por lo que en algunos casos se involucra a la familia cuando realmente será esta funcional, por ejemplo entregando información relevante a considerar en la intervención o como co-terapeutas.

A. 2. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir de las observaciones

1. Espacio físico

Ambos profesionales insertos en hospitales públicos se relacionan con sujetos hospitalizados, los cuales presentan distintos grados de severidad y requieren de diversas estrategias de intervención. El(la) fonoaudiólogo(a) debe desplazarse a los lugares en que estos pacientes se

encuentran dentro del hospital, ya que por ejemplo algunos están en urgencia a la espera de hospitalización y otros en salas específicas como UTI-UCI. En estos lugares en que el profesional debe intervenir (evaluar y tratar) hay otros pacientes y funcionarios del lugar realizando sus labores, los pacientes reciben la atención de este profesional en la cama. Dentro de las salas de hospitalización y urgencia hay un lavatorio, jabón y papel para secarse las manos o para emplearlo en la intervención, por ejemplo limpiar la boca al sujeto cuando se evalúa o interviene dentro del área de deglución.

Los insumos a emplear (bajalenguas, jeringas, guantes, entre otros) están disponibles libremente para los fonoaudiólogos, estos están a la entrada de la sala donde se encuentran los pacientes o en la estación de enfermería, los que eran proporcionados por la institución. No existía un límite de materiales que el profesional podía emplear en la atención de cada sujeto, sin embargo, habían algunos materiales como los alimentos a emplear (ejemplo: compotas) y espesantes que debían ser solicitados a la nutricionista a cargo, quien dispone de estos insumos. Por ende, existen algunos insumos a la libre disposición del fonoaudiólogo(a) y otros que no.

En el caso del fonoaudiólogo(a) que recibe pacientes ambulatorios, este profesional dispone de una sala de atención dentro de un pasillo, en este hay más salas en las que atienden otros profesionales como enfermera, tecnólogo médico y otro(a) fonoaudiólogo(a). Dentro de este box, al lado izquierdo de la entrada hay un escritorio con tres sillas, una en frente de las otras dos, sin embargo al fondo de la sala se encuentra otra silla delante de una camilla y al lado de un lavamanos. Se observa un estante desde el cual el(la) profesional saca los insumos a emplear en la sesión. Como se mencionó en el párrafo anterior, en este caso también el fonoaudiólogo tiene una libre disposición de los materiales (puede emplear los que estime convenientes).

2. Presentación fonoaudiólogo(a)

E3 en todas las sesiones observadas utilizó delantal blanco, lo cual no fue apreciado en el acompañamiento de E4, ya que este profesional utilizaba uniforme clínico con chaqueta de diversos colores y diseños. Destacar que la vestimenta de estos fonoaudiólogos se encuentra relacionada con la utilizada por el resto del personal del hospital, ya que por ejemplo la mayoría de los profesionales del área de la salud en el hospital donde se encuentra E3 utilizan vestimenta blanca.

En el caso de pacientes hospitalizados, es el (la) fonoaudiólogo (a) quien se dirige a la sala donde se encuentra el sujeto y se acerca a su cama, al finalizar la atención a esta persona se dirige a otra cama o sala (según corresponda), y realiza la próxima intervención. Por otra parte, el (la) profesional que se relaciona con pacientes en policlínico, sale de su box de atención, se dirige a la entrada del pasillo en que está la sala de espera y llama a los pacientes citados del día de a uno, es decir, cada vez que finaliza la sesión terapéutica acompaña a ese sujeto a la sala de espera y ahí es cuando llama al paciente que sigue en la atención y así sucesivamente.

3. Organización de la sesión

Tanto E3 como E4 no trabajan fines de semana, por lo que los pacientes hospitalizados no reciben atención fonoaudiológica estos días.

En el caso de sujetos hospitalizados, el paciente está en su cama, el fonoaudiólogo a uno de los costados de la cama y el familiar (si es que se encuentra en el lugar) se ubica frente al profesional o a su cercano. En atención en policlínico el(la) fonoaudiólogo(a) se ubica a un lado del paciente o al frente de este y el familiar o acompañante al otro lado del sujeto de atención.

En la atención de pacientes hospitalizados, el tiempo que está el fonoaudiólogo con cada sujeto (en intervención del paciente y comunicación con la familia) es relativo, depende de la condición del paciente y las necesidades de éste, en cuanto a procedimientos a realizar, en algunos casos el(la) fonoaudiólogo(a) estuvo 20 minutos y en otros hasta alrededor de una hora y media con un paciente, como ocurrió en el caso de E4 al observar su intervención en Área de Cuidados Especiales (ACE) en que permaneció más de una hora en relación a un paciente en que realizó intervención en él, buscó el material a emplear y conversó con la esposa del sujeto.

En atención de policlínico, las sesiones de fonoaudiología tenían una duración variable, la cual fue desde 25 minutos hasta 45 minutos. La diferencia entre la sesión más breve y la de mayor duración, a pesar de ser ambas de tratamiento, se dio porque en la última la esposa del paciente llegó comentando que su marido le relataba tener algunas dificultades, frente a lo cual el(la) profesional le da tiempo al paciente para que comente esta situación y luego le menciona la patología que presenta y las consecuencias que esta trae, además que debe tener interés y motivación por la terapia para lograr avances positivos en su recuperación, lo cual no sucedió en el caso de la sesión de 25 minutos en que se realizó la actividad planeada para esa día y se entregaron indicaciones al paciente y su acompañante.

En algunos casos se interviene con la participación de algún familiar, pero son los profesionales quienes deciden si la participación de la familia es pertinente. En aquellas situaciones en que el(la) fonoaudiólogo(a) no perciba interés por la re-habilitación o se interrumpían procedimientos, al familiar se le entrega la información al término de la sesión, por ejemplo en una intervención de deglución E3 permitió que la hija y el esposo de la paciente permanecieran junto a la cama y se le dieron indicaciones/sugerencias simultáneamente a la realización de los procedimientos, también se les dio el tiempo para expresar y resolver sus inquietudes; en el caso de E4 los familiares que él(ella) percibía comprometidos con el proceso terapéutico participaban en la sesión y se le entregaba información durante la intervención, y en una situación en que la familiar no participó en la actividad, las sugerencias fueron entregadas al final.

Siempre que se realizaba una evaluación se revisaba la ficha clínica del paciente, el fonoaudiólogo se acercaba a él, lo saludaba llamándolo por su nombre, posteriormente se le realizaban preguntas como “¿cómo ha estado?” y de orientación cuando el paciente se encontraba consciente (que lograba responder a estímulos verbales), posteriormente se evaluaba el proceso de deglución. Al intervenir, se saludaba a los presentes en la sala con el paciente, si es que estaban, y al sujeto, posteriormente se le preguntaba si había tenido algún problema durante los días en que no recibió atención fonoaudiológica para luego realizar la intervención.

4. Interacción/vinculación usuario(a)-profesional

Son los(las) fonoaudiólogos(as) quienes inician la interacción con el paciente y esta se lleva a cabo como se mencionó anteriormente: saludan al sujeto de atención y le realizan preguntas sobre su estado general, por ejemplo “¿cómo ha estado?”, por lo que consideran un tiempo inicial para generar un vínculo con el(la) paciente empleando un lenguaje cordial hacia éste y mostrando preocupación al considerar su estado. El tono de la interacción se enfoca a la vinculación con un otros, por ejemplo realizando preguntas sobre la familia, ocupación e intereses del sujeto y no solo de los síntomas o el estado de salud y no a dar instrucciones al paciente.

En el caso de la interacción de este profesional con los familiares del sujeto de atención, también se les consulta sobre cómo ellos ven el proceso por el que está pasando el(la) paciente y qué hacen en el hogar (en el caso de ambulatorios) o cómo era el sujeto antes, tiempo para asistir la alimentación durante la hospitalización, por lo que se considera al familiar como una

fuentes de información. Por otra parte, a estos familiares se les da indicaciones y luego de estas el (la) fonoaudiólogo (a) les da tiempo para que manifiesten inquietudes, preocupaciones o aprensiones sobre la información entregada por el terapeuta.

Por otra parte, al final de la sesión, ya sea en hospitalizados o ambulatorios, se entrega información de la evaluación o intervención al paciente o a su familia si está presente, pero el tipo de información que se entrega al sujeto de atención depende de su estado de salud, ya que si el paciente se encontraba soporoso no se le entregaba el mismo feedback que a uno vigil y consciente, por ejemplo a este último se le decían sugerencias para el proceso de alimentación como “intente no hablar mientras come porque se puede ahogar” y en el otro caso solo le decían “bien, después volveré e intentaremos comer algo rico”.

5. Interacción profesional-profesional

Tanto en E3 como E4 no se observaron intervenciones en compañía con otros profesionales, sin embargo, fue posible acompañarlos cuando interactuaban con kinesiólogos para comentar la situación de salud de cada paciente y las intervenciones que estaba realizando cada uno.

En el caso de E3 se observó comunicación con enfermeras, alimentadoras y becados de neurología, en que este fonoaudiólogo se acercaba a ellos para consultar sobre el estado actual de alguno de los pacientes, si hubo alguna complicación a nivel deglutorio en algunos casos o el no cumplimiento de una indicación, esto último ocurrió en un caso en que las indicaciones dejadas por este profesional e informadas de manera escrita en la ficha clínica del paciente y oral a los profesionales que supervisaban el estado de salud de éste, no fueron cumplidas por lo que al paciente se le reinstaló una sonda nasogástrica sin ser informado el(la) fonoaudiólogo(a) (esta situación ocurrió un fin de semana, por lo que no había fonoaudiólogo, pero a pesar de esto al llegar a la atención de esta persona el(la) fonoaudiólogo(a) no fue informado(a) de lo ocurrido sino que fue éste quien tuvo que averiguar lo sucedido).

6. Interacción entre profesionales en reuniones de equipo

Tanto en E3 como en E4 no fue posible observar reuniones de equipo durante los acompañamientos.

B. Contexto CCR

B.1. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir del discurso

1. Rol profesional

Los profesionales que trabajan en los CCR exponen en reiteradas ocasiones que uno de sus roles es el de ser guía del sujeto de atención, orientarlos en las necesidades que los usuarios consideran relevantes y no lo que ellos como profesionales abordarían, por ende mencionan que no imponen sus puntos de vista y conocimientos sino que orientan dando a conocer información que el sujeto es libre de considerar, esto se alude en:

E1 "...lo que nosotros hacemos es orientarlos o educarlos de cómo pueden rehabilitar sus diferentes discapacidades ¿ya? eemmm y a través de la transmisión de estas herramientas ellos poder replicar todas esas acciones en la casa..."

E1 "...yo no pretendo cambiar nada de la persona, yo no voy a mejorar a la persona, yo la estoy orientando en su rehabilitación"

De lo anterior se puede interpretar que estos profesionales no se rigen por un enfoque asistencialista, el cual busca el síntoma e intervenir sobre éste y son los profesionales de la salud los que tienen la razón, sino que ofrecen opciones de lo que podría ser útil para el proceso terapéutico, entregándole a los usuarios las herramientas necesarias para ello, guiando y educando por medio de las habilidades de los usuarios y el entorno que los rodea.

Cabe destacar que ambos fonoaudiólogos, en sus discursos, destacan que dentro del rol de guía deben:

- 1) orientar y entregar información a los usuarios sobre distintas redes de apoyos o temas necesarios de abordar.
- 2) que los usuarios asistentes al CCR se hagan cargo de su situación de salud, siendo ellos los responsables del proceso terapéutico y no el(la) fonoaudiólogo(a).
- 3) los objetivos a trabajar son consensuados previos a iniciar el tratamiento, no impuestos por el terapeuta,

- 4) en la terapia, el(la) fonoaudiólogo(a) propone qué trabajar y se guía con el fin de que el usuario realice las diversas acciones y el terapeuta solo sugiera lo más adecuado (según su criterio profesional)
- 5) su rol también es incorporar a la familia/cuidador en el proceso de rehabilitación.

Esto se evidencia en:

E2 “me di cuenta que claro que la persona no quiere, no le interesa quizás el tragar mejor cachai, no le interesa hablar mejor, le interesa caminar bien entonces todos los objetivos que tú te planteas te dai cuenta no po: Yo no debo plantear los objetivos en base a lo que yo creo para el paciente ¡No! Sino en base a lo que la persona quiere por eso que consensuamos los objetivos, acá trabajamos en base a los objetivos consensuados: Cuénteme ¿Qué es lo que quiere mejorar? Le planteo quizás no sé en base a lo que yo evalué quizás que hay dificultades de memoria, de concentración quizás: ¿le parece si trabajamos eso? Si me parece. O quizás no, no me interesa que me ha pasado, no me interesa, no no me influye, sino ya estoy acostumbrado me interesan otras cosas”

E1 “Yo como fonoaudiólogo por ejemplo no sé, tengo un paciente que tiene afasia por ejemplo ee viene la persona ee el usuario con su acompañante y yo le demuestro una actividad que tiene por objetivo trabajar equis cosa no sé, por ejemplo, el aumento del léxico ¿ya? esa actividad yo les demuestro cómo se hace, les propongo qué material pueden utilizar, a veces se los doy yo o les digo “mire busquen tal y tal cosa para preparar este material que queda de esta forma y lo van a trabajar así en la casa”, y yo durante la sesión le demuestro al acompañante cómo se trabaja esa actividad “

Por lo que se considera que el(la) fonoaudiólogo(a) se dispone frente al usuario y su familia para escuchar y comprender lo que a estos les sucede, para así interpretar el “mundo interno” de los participantes y guiar la terapia en torno a ello y no a lo que los terapeutas consideran relevante según sus conocimientos.

Otro rol que los entrevistados consideran dentro de su quehacer profesional es el de trabajar en equipo interdisciplinario, dentro de lo cual se encuentra el participar en reuniones de equipo en

que revisan los objetivos planteados y se proponen otros de manera conjunta. Además mencionan el informarse sobre los contenidos y actividades trabajadas por los otros profesionales en la terapia con un usuario, con el propósito de incorporar a la sesión fonoaudiológica lo trabajado por otros, y así apoyar la generalización de otras intervenciones.

E2 “hemos estado destinando unas horas para para yo ver lo que hace XX y como quizás yo puedo integrar aspectos kinésicos en mi terapia fonoaudiológica.. Es una constante el comentar los casos y fortalecer lo que es el trabajo interdisciplinario”

E1 “...si la terapeuta ocupacional, por ejemplo, una persona que tiene una hemiparesia eee facio-braquio-crural izquierda y no incorpora mucho la mano a pesar tener algunas posibilidades de moverla y estuvo 45 minutos la terapeuta ocupacional trabajando con la incorporación de las actividades bimanuales, no tiene sentido que yo la haga escribir todo el rato o que la haga tomar objetos solo con la mano derecha y la terapeuta me dice “sabí que incluyamos la mano izquierda en las actividades para que trabaje esa función” ¿cachai? Para que sea coherente la intervención...”

Lo anterior da cuenta de que el considerar lo trabajado por otros profesionales en un mismo usuario y no centrarse solo en los contenidos fonoaudiológicos, permite enriquecer el proceso de re-habilitación y los conocimientos de los(las) fonoaudiólogos(as), al expandir quehacer y conocimiento hacia otras profesiones del área de la salud, además de que el(la) usuario(a) generalice e integre habilidades en otros contextos y no solo en la sesión específica de un profesional, por ejemplo el trabajar un elemento kinesiológico en sesión de fonoaudiología.

Por último en una de las entrevistas el fonoaudiólogo mencionó que el rol profesional va direccionado a conocer la realidad social de los sujetos, el ambiente en que se encuentran insertos y encantar a cada uno de ellos, que se sientan cómodos, felices por medio de diversos talleres y actividades que se realizan en el CCR, como se evidencia en la siguiente cita:

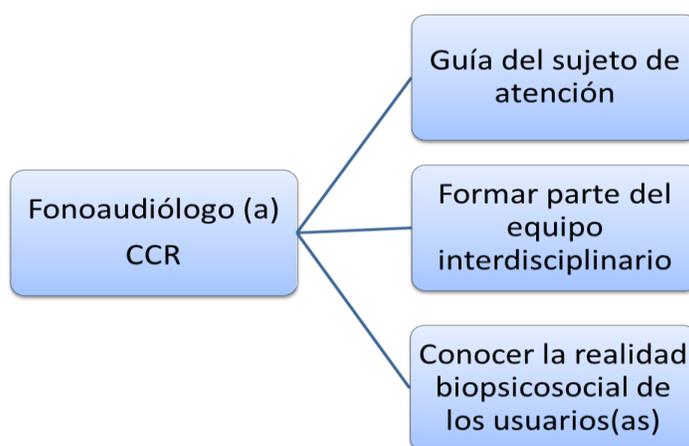
E2 “En al algunas ocasiones las visitas domiciliarias las hacemos todos en conjunto, en otras las hacemos en dupla o de forma individual. ...Conocer la realidad psicosocial, el contexto de la persona, no ir a intervenir, ... [] netamente un manejo ambiental, quizás detectar barreras que incidan en la

comunicación, alimentación cachai, mmm barreras o algunos factores que puedan incidir que la persona no se desempeñe bien en el hogar ...“

E2 “Una de las finalidades de esto es encantar, quizás que la gente salga de la terapia rutinaria que tiene acá los días lunes, martes jueves y viernes, que los días miércoles hagamos cosas distintas, de esa forma intentamos como elaborar un abordaje terapéutico distinto sin obviamente perder el norte, porque tampoco es la idea ¡Ya lo pasamos todo bien hacemos actividades! Pero todo justificado, si vamos a hacer riso terapia que que la persona venga a reírse ...”

Se puede interpretar que existen otras variables a considerar dentro del proceso terapéutico además de los síntomas y signos de una patología, ya que el fin no es solo realizar una terapia focalizada en “sanar al sujeto” sino que incorporar elementos personales y emocionales para que el asistir a la sesión sea un proceso acogedor y no solo un trámite del día a día necesario para poder recuperar o compensar habilidades.

En resumen, los roles de los(las) fonoaudiólogos(as) en el contexto de CCR son:



Cuadro 8: elaboración propia

2. Sujeto de la atención

Los entrevistados mencionan que la función del usuario es ser una persona activa, participe y empoderada de su situación de salud, por ejemplo manifestando qué es lo que quiere trabajar en terapia, que solicite la inclusión a talleres grupales, asistencia a talleres de mantención luego

del alta, que los usuarios se informen de manera voluntaria en lo que sienten les hace falta para tener un proceso de rehabilitación que les resulte satisfactorio.

E1 “la visión que tenemos de las personas, de partida no son pacientes, porque de hecho no nos interesa de que sean pacientes nos interesa de que sean impacientes. Nos interesa que nos exijan, que nos pidan muchas cosas”

E2 “intentamos promover este cambio paradigmático en las personas para que ellos sean agentes activos en el cambio quizás a nivel de sociedad...Ellos son los principales agentes, los actores principales en esto o sea un factor determinante en el cumplimiento de este objetivo en que la persona se incluya en grupos”

E1 “Sí las personas no tienen un monitor con el que trabajar y lo necesitan por ejemplo, a nosotros tampoco nos corresponde buscarles el monitor, nosotros los orientamos...”

De estas citas se puede desprender la existencia de un cambio de paradigma en la consideración de la persona, ya que en los CCR los sujetos de atención son reconocidos como iguales a los terapeutas, con los mismos derechos y deberes, con la misma capacidad de decidir, pensar y opinar, eliminando la barrera jerárquica entre terapeuta y usuario. Esta visión de un usuario activo tiene directa relación con el apartado donde se mencionaron los roles del profesional en este contexto de CCR, ya que los terapeutas al ser guías dan el espacio para que el usuario tome un papel activo en su re-habilitación y no imponen su punto de vista.

3. Otros participantes

Como se mencionó en el apartado de rol profesional en CCR, los fonoaudiólogos participan dentro de un equipo interdisciplinario, en que los profesionales incorporan elementos de otras áreas de la salud en la que el(la) usuario(a) requiere intervención y no se restringen solo a la fonoaudiología.

E1 “... necesito que los kines me ayuden con esto, porque estoy identificando que está este problema, no sé, estoy trabajando respiración para la disartria necesito que los kines le aumenten la capacidad pulmonar y le aumenten la resistencia al esfuerzo” ¿cachai? para poder trabajar mejor

el tema de respiración en fono articulación ¿cachai? El terapeuta ocupacional dice “sí, hicimos las adaptaciones necesarias, si la persona tienen un dolor tenemos que hacer un co-adaptador de hombro, hay que hacerle tal sugerencias en el hogar porque tuvo unas caídas, etc, necesito que los fonos me ayuden con esto porque no entiendo tal cosa, porque la familia necesita conocer este término, la persona no se puede comunicar...”

Estos fonoaudiólogos destacan la importancia de un trabajo intercomunicado para abarcar a la persona en todas sus dimensiones, dejando fuera la concepción de que cada profesional debe trabajar centrado en su área de conocimiento, producto de que el ser humano es solo uno y no un ser dividido por áreas profesionales, sino hay que ligar los conocimientos para lograr procedimientos y resultados eficaces, efectivos y eficientes.

En relación a la participación de la familia/cuidador o acompañante del sujeto de atención, ambos entrevistados mencionan que estos tienen que estar presentes e involucrarse en el proceso de rehabilitación del usuario, siendo alguien activo que guíe y apoye la re-habilitación en el hogar y dentro del centro.

E2 “La idea es que vengan siempre con su cuidador, con familiares, la idea es que aquí centramos la intención en la familia y en la persona”

E2 “... estos talleres son guiados no por nosotros, son guiados por monitores por personas que han sido formadas por nosotros, formadas por monitores por un largo tiempo, cuidadores o personas con discapacidad también que se hacen cargos de estos talleres para que se un continuo”

E2 “Es súper súper importante el rol que toma el cuidador como co-terapeuta y no como la persona que se queda fuera en la sala esperando o como la persona que entra y esta callada todo el rato mirando lo que uno hace, no acá la idea es enfocar la atención tanto en la persona que cursa la enfermedad como en la persona que lo está acompañado”

El papel activo que se le entrega al familiar y la libertad de poder ser considerado como un participe más de la recuperación de su cercano, por ejemplo al ser formado como monitor guía de talleres grupales, disminuye la visión paternalista del profesional hacia el sujeto de atención, lo cual es resultado del rol activo y de guía que se le atribuye a las participantes de la sesión.

4. Relación terapeuta- usuario(a)

En cuanto a la relación tratante-usuario en los contextos de CCR, los profesionales comentaron que parten de la premisa que son todos iguales, que ellos solo se presentan como un guía o acompañante, trabajando en conjunto con el usuario y no anteponiéndose ante ellos, lo que se evidencia en:

E2 “Usted es Jorge ¡Usted es Jorge! Usted funciona de manera distinta, tal cual como yo funciono de manera distinta “

E1 “Aquí somos todos iguales, Por lo general, los usuarios no nos llaman de ninguna manera en particular, por nuestros nombres ¿ya? eemmm nos tutean muchos de ellos y nosotros también a ellos ¿cachai? Hay una relación muy cercana con los usuarios ¿ya? eemmm me dicen no sé po “oye XX sabí que me costó hacer esta actividad porque tal y tal cosa, yo creo que tenemos que arreglarla porque me cuesta mucho hacer esto” “ya sí” le digo yo, entonces es una relación súper cercana”

E1 “Aquí las personas llegan muchas veces con la misma pará y me dicen por ejemplo mmm eemmm “ya dígame lo que tengo que hacer” y yo le digo “es que no puedo decirle lo que tiene que hacer, yo lo voy a orientar “pero cómo, usted es el doctor” y ¡no! ¿cachai? “Yo le voy a ayudar a que usted mismo solucione su problema, lo voy a orientar porque yo manejo el tema”

E1 “...yo no soy nadie para decirle a la persona “mira, tú tienes una discapacidad, tienes un problema y yo te voy a sanar o te voy a ayudar a sanarlo” ¡no! Porque aquí el diagnóstico es participativo. Si tú me dices que tienes un problema, yo voy a ayudarte en eso, si me dices que no tienes un problema con mi expertiz podría decirte “sabes qué podría ser un problema así que necesitamos trabajarlo en conjunto un poco ¿te interesa o no te interesa?” también, porque la persona puede decir “ya, sabí que sí es un problema pero no me interesa trabajar contigo” ya, no tengo nada en qué meterme, porque yo no soy nadie para decirle a la persona que necesita mi ayuda ...”

Lo mencionado anteriormente se relaciona con la visión del usuario como activo, con la capacidad de aportar en su tratamiento al igual que el terapeuta. Por ende se considera que la relación entre terapeuta-usuario es lineal, en que el usuario deja de ser un ente pasivo dominado por otra persona que se supone tiene todo el conocimiento, para intervenir y participar activamente en su proceso terapéutico.

5. Contexto de atención

En relación al contexto de atención se hace alusión a diversas situaciones en que los profesionales se desenvuelven, como son las planificaciones con otros profesionales participes del centro, en que comentan lo obtenido en las evaluaciones individuales para consensuar objetivos terapéuticos, lo cual se puede evidenciar en la siguiente cita:

E2 “La evaluación es individual, la consulta por cada uno de nosotros es individual, ahí cada uno aplica sus pautas de evaluación y todo cachai, pero el trabajo es netamente inter y trans. Interdisciplinario en todo aspecto. En la reunión evaluamos al usuario el día lunes y el día miércoles comentamos esta evaluación y hacemos un plan de tratamiento integral cachai, transversal, objetivos transversales. Mmm te mentiría si te dijera que acá cada uno trabaja por su lado, te mentiría”

De lo anterior se puede inferir que es substancialmente necesaria la toma de decisiones en equipo con otros profesionales, ya que como se mencionó en párrafos anteriores, este trabajo grupal fomenta la visión integral del usuario

Otro de los contextos de atención mencionado en una de las entrevistas a fonoaudiólogos de CCR fue la inclusión de la visita domiciliaria o al lugar laboral para intervenir, sin embargo en el otro caso la visita al hogar tiene como objetivo el recabar información biopsicosocial, pero por parte de terapeuta ocupacional y asistente social.

E1 “Sí el objetivo general implica que hay que trabajar en el hogar por ejemplo, puede ser que a esa persona se le atienda en el hogar ¿ya? o puede ser que la persona venga acá al centro a atenderse ¿ya? va a depender de cada caso particular”

E2 “Cuando hemos hecho intervenciones en conjunto queremos ver el desempeño de tal persona con afasia cachai en la feria cachai, vamos a una

feria que tenemos al lado, vamos con XX y aquí todos los chiquillos le encargan cosas, va con una lista la persona y vemos si es capaz de hacer compras por ejemplo de manera autónoma”.

De lo anterior se puede inferir que no es suficiente abordar a la persona con el conocimiento que se obtiene en la entrevista clínica en un box, sino que para acercarse a su realidad es necesario conocer el mundo en el que se rodea, su casa, familia, actividades que desempeñan, etc. En relación a la inserción laboral no es suficiente con rehabilitar cierto aspecto afectado en un box, sino que hay que asegurarse que ese contenido se generalice, se aplique y sea suficiente para desarrollarse en la vida real, en el campo de trabajo del usuario.

Las redes de apoyos en la que se sustentan estos centros, son otros de los contextos de atención que mencionan los entrevistados. Se encargan de ir contactando a los usuarios a diversas redes que sean de su utilidad, es decir tienen contactos con diversas oficinas de la comuna, ya sea del adulto mayor, la OMIL (Oficina Municipal de Intermediación Laboral comunal), de la mujer, etc. Lo anterior se refleja en:

E1 “tenemos contacto con todas las oficinas de la comuna, entonces no sé, ponte tú en tu caso puede ser que sea derivado a la oficina de la mujer ponte tú. Otro caso puede ser que sea derivado a la oficina del adulto mayor. Trabajamos con las organizaciones comunales también. Si necesitamos que las personas se incluyan a nivel social se les entrega la oferta de todo lo que hay cerca de su hogar que sea deporte por ejemplo. Cosas sí, trabajamos con muchas redes. Somos municipalidad así que trabajamos con toda la municipalidad, tenemos otros servicios al alcance de la mano.”

Lo mencionado anteriormente da la información para considerar que no es suficiente el trabajo que se realiza en los CCR y que la persona debe incluirse en otros programas más específicos para satisfacer sus necesidades, dado que es un ser integro, con necesidades e inquietudes que no solo es suficiente que las satisfaga un CCR, por lo que ellos se hacen cargo y aceptan que no todo lo que necesitan las personas para desenvolverse plenamente lo pueden entregar, por lo que dan las posibilidades e información necesaria para que los usuarios puedan integrarse en otras instituciones.

Y por último caben destacar otros contextos de atención que menciona uno de los entrevistados en que realizan diversas actividades de tipo grupales como: evaluaciones, terapias, talleres (taller cognitivo de dominó, de fotografía, de mándalas, etc), talleres de mantención (de Karaoke para persona con Parkinson, los que continúan a pesar que la persona haya sido dada de alta), charlas (educación del concepto de discapacidad), charlas de profesionales en que se replantean lo que están realizando con los usuarios (en relación al uso de la estrategia RBC). Lo anterior se ve reflejado en:

E2 “Lo otro en las charlas grupales es lo que nos permite, las guías grupales los que les comente, todos los días miércoles hace acá actividades grupales en lo cual empezamos, intentamos hacer una especie de sinergia en lo que es tratamiento tradicional con terapias complementarias mm dentro de las actividades que hacemos por ejemplo mandalas. Bueno yo soy (risas). Mandala son esto. Intentamos como intentamos entregar nuestras habilidades personales, nuestros quizás talentos personales mm para los usuarios, intentamos mezclarlos con lo que es la rehabilitación. La XX es fotografía, la psicóloga, es fotografía, las fotos que vieron ahí las saco ella y trabajamos múltiples aspectos, aparte de aspectos sociales, interacción y todo trabajamos aspectos corporales, expresión corporal, trabajamos expresión facial, todas las personas que están ahí son personas con Parkinson cachai. Mm no sé lo otro que hacemos es música terapia, el XX es músico, yo igual hago música”

E2: “vamos replanteando ciertas cosas, vamos replanteando los flujos de atención, replanteando la forma en que estamos viendo a los usuarios cachai, potenciando lo inter y el trabajo transdisciplinario mmm aspectos administrativos los vemos. Pero lo que pasa en base al escrito que le comente anteriormente se generó la idea de que claro hiciéramos una especie de uno más uno que quizás los días viernes destinemos una hora de acá de trabajo para que nos reunamos acá de conversar de de de la RBC, a conversar del trabajo que que estamos realizando, va a ser quizás un realizar autocríticas cachai, ver las cosas positivas, las negativas para luego empezar nuevamente a reformular esto. Y el otro uno es quizás destinar una hora de nuestro tiempo cachai para seguir con esta conversa entonces que sea una conversa constante”

De este último contexto podemos inferir que potencian el ámbito grupal en que se puede desenvolver el usuario, considerando que la terapia individual en un box y el trabajo del terapeuta, no es suficiente para que la persona se rehabilite en todos sus aspectos. Si se desea aportar en cuanto a la actividad y participación del usuario, con el fin de generalizar lo aprendido en su contexto real, es necesario aplicar estrategias como talleres que impliquen la comunicación y relación con otros. Además lo anterior da cuenta de que aún no existe seguridad de qué es lo que realmente se debe realizar en el uso de una estrategia RBC en un CCR. Estos profesionales tratan de dar lo mejor de sí, sin embargo, día a día se replantean si lo que están realizando es lo correcto o no. Por lo que podemos inferir que no hay lineamientos nacionales específicos y delimitados que rijan el actuar del profesional terapeuta en un CCR.

Los contextos relacionados con visitas a domicilio, redes de apoyo y los relacionados a actividades terapéuticas grupales o reuniones de profesionales tienen gran relación con el hecho de considerar a la persona participe del CCR, como alguien sumido de diversidad y complejidad, en que no solo es suficiente abordar el síntoma, sino es necesario ir más allá, a su contexto diario, laboral, a sus emociones, a que pueda comunicarse y expresar lo que desea con otros.

B.2. Descripción del quehacer fonoaudiológico a partir de las observaciones

1. Espacio físico

En cuanto al lugar en el que los fonoaudiólogos trabajan, uno de los centros cuenta con un box individual para este profesional, el que posee 3 sillas, un escritorio y un lavamanos, pero además realiza terapias en un gimnasio multiuso que cuenta con 3 escritorios en que se encuentran trabajando otros profesionales como kinesiólogo y terapeuta ocupacional, dos camas con colchonetas y máquinas para realizar actividad física, además de un sector con mesas, sillas y una televisión.

Al fonoaudiólogo del otro centro se le observó en todas las sesiones en una sala rectangular multiuso (la que comparte con el terapeuta ocupacional y se usa para talleres y reuniones), sala que cuenta con 2 mesas rectangulares, computador, televisor, espejo proyector, materiales en cajas, entre otros.

Cabe considerar que ambos fonoaudiólogos (as) emplean espacios en común con otros profesionales, lo cual promueve la comunicación entre ellos, participar y conocer sobre la labor de otros e incorporar lo comentado u observado en el trabajo de otros como elementos en sus terapias.

2. Presentación fonoaudiólogo (a)

En relación a la vestimenta de los (as) fonoaudiólogos (as) estos emplean no emplean delantal blanco, sino que ropa tradicional en uno de los centros y uniforme institucional en el caso del otro profesional (chaqueta negra con logo del centro), uniforme compartido por los otros profesionales del centro, secretaria y auxiliares de limpieza. Ambos usan identificación personal visible con su nombre, función y fotografía.

De la vestimenta es posible interpretar que por medio de ésta estos profesionales buscan disminuir la jerarquía con el usuario (a), siendo una relación horizontal, suponiendo que el uso de delantal blanco genera una distancia inmediata entre ambos y lo que estos profesionales buscan es la cercanía, vínculo y relación con el usuario.

3. Organización de la sesión

Una evaluación fonoaudiológica en uno de los profesionales tuvo una duración de 40 minutos, en la que participaron el (la) usuario (a), fonoaudiólogo (a) e interna en un box (separados del usuario (a) por un escritorio) y al principio un familiar. Para comenzar el (la) fonoaudiólogo (a) preguntó al familiar si encontraba cambios en el usuario, luego de esto la sesión se caracterizó por evaluaciones cognitivas, por medio de diversos test y preguntas. Al finalizar el (la) terapeuta le comenta al usuario que se analizará lo obtenido y que la próxima semana se le entregarán los resultados.

En cuanto a la evaluación observada en el otro CCR, esta tuvo una duración de una hora, en la que participaron fonoaudiólogo, familiar y usuario (a) (se llevó a cabo en una sala multiuso, en la que el profesional estuvo sentado frente a la usuario (a) y sentado al lado del familiar). En un inicio el fonoaudiólogo comienza a hacer preguntas en torno a una ficha, y da a conocer a los presentes que leyendo la ficha se informa que desean información de cómo inscribirse en los servicios de discapacitados, que él las guiará y les entregará la información necesaria. Luego le consulta al usuario (a) qué es lo que desea trabajar en el centro y después de obtener una respuesta, le da opciones que el sujeto de atención debía escoger. Posteriormente, le explica la patología mediante una metáfora (Accidente Cerebro Vascular como “mangueras que se

tapan”) y aclara dudas del familiar. Lo anterior dura aprox. 40 minutos y luego comienza la evaluación formal hasta completar una hora, no se culmina la evaluación y se le indica que continuará en la otra sesión.

En relación a sesiones de tratamiento, en un caso se observó una sesión de 45 minutos, en la que participaron una interna, el (la) profesional fonoaudiólogo (a) y el (la) usuario (a) en un box. Tanto el profesional como la interna estaban sentados frente al usuario, separados por el escritorio y el familiar sentado a un lado de la sala. La sesión se inició preguntándole al usuario cómo estaba dando consejería al usuario (a) luego de su respuesta (esto debido a que la persona respondió que no se encontraba bien). Posteriormente se inició la actividad planificada para la sesión de orientación, la cual no fue explicada al usuario, de modo abrupto se le comenzó a preguntar por la fecha actual (mes, día, año). Luego se le pregunta si ha revisado las tareas y las analizan en conjunto con el sujeto de atención, para finalizar se le da una actividad a realizar en el hogar con ayuda del familiar, cercano que durante la sesión se quedó en un rincón.

En el otro CCR se observó una sesión de tratamiento de una hora, en la que participaron el (la) fonoaudiólogo (a), usuario (a) y familiar, en la sala multiuso. El sujeto de atención y su cercano estaban sentados en sillas adyacentes frente a una mesa rectangular y el profesional según con quien conversaba se iba cambiando de puesto, sentándose al lado del usuario o del familiar. La sesión se inició dándole tiempo al familiar y usuario para que revisen la tarea enviada para la casa, luego el (la) fonoaudiólogo (a) se sentó al lado del usuario y analizaron las actividades, en ciertas ocasiones también conversaba con el familiar. Posterior se realizó una actividad de orientación en que el (la) usuario (a) tenía que escoger fichas y colgarlas en la pared, el (la) terapeuta se quedó de pie guiando al sujeto cuando erraba. Finalizada la actividad, el (la) terapeuta ofrece continuar con un rol playing incorporando el rol laboral del usuario (a). Una vez finalizada la sesión se despiden y le comenta que hablará con el (la) kinesiólogo (a) para apoyar el tratamiento. Mientras el (la) fonoaudiólogo (a) trabajaba con este usuario (a) entra el (la) terapeuta ocupacional quien interviene en el sujeto de atención y da indicaciones al familiar.

De las sesiones de evaluación y tratamiento observadas en ambos centros se puede inferir que en uno de ellos se le da la función activa y participe al familiar, considerando su relevancia e importancia en el proceso de rehabilitación, enfocados en un contexto biopsicosocial más que sintomático, no así en la otra institución en que el familiar solo fue un acompañante del usuario (a).

Otra situación observada en uno de los contextos fue una charla de educación grupal a usuarios y familiares sobre salud y enfermedad, la cual duró 2 horas. Esta se llevó a cabo en una sala multiuso en que se dispusieron las sillas en semicírculos hacia un proyector. Participaron otros profesionales del centro quienes se sentaron junto a los usuarios (as). Se discutió sobre “¿Qué es la discapacidad?” “¿Quiénes son los discapacitados?” “¿Dónde yace el problema hoy en día para las personas en situación de discapacidad?” Luego de discutir imágenes, ideas, compartir vivencias (se dio el espacio para que cada participante diera su opinión libremente), se llegó a la conclusión que los discapacitados son la sociedad de hoy en día, la cual no es capaz de adaptarse a las personas en situación de discapacidad.

Además, en uno de los centros se observó un taller grupal de una hora, en que se realizó un karaoke, tanto para usuarios como familiares, destacando que el monitor del taller es el esposo de una de las usuarias del centro, siendo autogestionado por los mismos usuarios, el (la) fonoaudiólogo (a) guía y disfruta junto a ellos la instancia. En este espacio están todos dispuestos alrededor de las dos mesas, compartiendo ideas, vivencias, mientras tomaban desayuno. La mayoría de los usuarios (as) presentes dijeron que ser partícipes en este centro les cambió la vida, les ha ayudado a estar más felices, a comunicar lo que sienten, que los terapeutas los soportan y le dan un gran apoyo.

Se infiere en relación a la charla y al taller grupal que se está considerando al sujeto de atención como persona íntegra, que no es suficiente abordarla desde el síntoma, sino que es necesario entregar oportunidades de disfrute, de comunicación en que puedan expresar lo que sienten, reír, etc. , dado que aunque estas actividades no están ligadas directamente al síntoma involucran aspectos personales, emocionales, sociales que son parte de ser persona, vital para desarrollarse plenamente.

4. Interacción/ vinculación usuario (a)/cuidador – profesional.

Cabe destacar que en algunas situaciones, como en la primera sesión de tratamiento descrita anteriormente la interna como el profesional escribían apuntes y no miraban constantemente al usuario a sus ojos, por otro lado el profesional mencionado en la segunda sesión de intervención estuvo constantemente mirando e interactuando con los usuarios (familiar y sujeto de atención).

El lenguaje usado por ambos profesionales fue informal, cercano al usuario (por ejemplo diciéndole “master” al usuario). El tono y prosodia fue adecuada al contexto, generando cercanía con el sujeto de atención.

En la caso de un profesional, el familiar permaneció sentado y solo se le hizo participe cuando se le indicó una actividad para el hogar a realizar con el usuario (a) y en la sesión de evaluación solo se integró cuando se le preguntó sobre “¿si ha notado cambios del familiar?”. En relación al otro profesional, éste hizo que los familiares interactuaran tanto en las sesiones de evaluación, tratamiento, talleres y charlas, preguntándoles si es que entendía, cómo se han sentido, y resolviendo sus inquietudes constantemente, además en un acompañamiento empleó más de la mitad de la hora conociendo a la usuaria y aclarando dudas a la familiar.

Se infiere que ambos profesionales consideran importante el vínculo con el usuario por medio del lenguaje y elementos prosódicos, con el fin de generar una relación más cercana y fluida en el contexto terapéutico.

5. Interacción entre profesionales en reuniones de equipo.

En un CCR se presenciaron 2 tipos de reuniones, una en que los profesionales compartieron la información relevante en relación a los casos que han atendido y otra en que se crearon planes de intervención. En la primera uno de los profesionales guiaba la reunión e iba haciendo preguntas y aclarando dudas que tenía cada profesional. En la segunda, en una tabla proyectada en una pared iban escribiendo los objetivos que planteaba cada profesional para el (la) usuario(a). En ambas situaciones el lenguaje entre profesionales fue cercano y coloquial.

De esto se desprende que hay una valorización de compartir información y evitar el paradigma de que cada profesional se hace cargo de su área para trabajar en equipo, compartiendo conocimientos e ideas en pro de mayores beneficios hacia el sujeto de atención. Sin embargo, en relación a la segunda reunión a pesar del esfuerzo que se observa por reunirse y generar planes en conjunto, cada profesional fue dando a conocer lo que quería realizar en su área más que complementar sus objetivos con los de otros profesionales, siendo un trabajo multidisciplinario más que interdisciplinario.

C. Resultados transversales a contextos hospitalarios y CCRs.

En este apartado se analizarán resultados de todos los fonoaudiólogos participantes, independiente del contexto en que se desempeñan.

1. Emociones

Los profesionales manifiestan en sus discursos que se encuentran trabajando en el área en que se sienten más cómodos, tal como lo mencionan los entrevistados:

E1: “Como les comenté al principio, niños nunca fue mi área de preferencia y el área de educación tampoco ... La escuela de lenguaje estuve solo hasta diciembre del 2010, y ahí eso era en Puente Alto, y después yo me cambié para acá para El Bosque y de ahí he estado todo este tiempo ¿ya? Estuve trabajando entonces en los colegios en el proyecto de integración comunal, ya, en los colegios municipales también eemmm estuve yo en un solo colegio, ya, pero estuve hartoo tiempo ahí y después finalmente eemmm me apareció la oportunidad, yo la busqué también, de cambiarme a la oficina de discapacidad que es donde estamos ahora”.

E4: “El primer año que egresé trabajé en el hospital y además en la escuela de lenguaje... en la escuela de lenguaje buena experiencia de aprendizaje, no me gusta mucho esa área en realidad”.

El ejercer profesionalmente en el área de preferencia ha favorecido el trabajo en estos contextos en donde el escenario en algunas oportunidades ha sido adverso, puesto que la demanda que les ha exigido el justificar el quehacer frente a otros profesionales no siempre ha significado experiencias gratas.

Los profesionales al saber que trabajan con personas que pueden llegar a fallecer por su condición de salud desarrollan un vínculo terapéutico con los usuarios, y como tal, en este marco afectivo, sienten y viven las pérdidas de éstos. Así E2 comenta:

E2: “Al fin y al cabo claro un caso que me marco fue una persona con ELA que llegó aquí en bicicleta, un caballero joven con el diagnóstico reciente de ELA, pero resulta que claro se dio el proceso que cuando ya llegaba

caminando, después llegaba con bastón, después llegaba con andador, después con silla de ruedas, después venía con toda la familia, después se sugirió que le pusieran una gastro cachai, después no hablaba nada, después se comunicaba con un sistema de comunicación que le hicimos junto con XX hasta que lo terminamos teniendo en la casa y después en la tumba, con el Oscar nos hicimos amigos, fue un vínculo súper potente, pero ya está bien así son las relaciones humanas interpersonales es un tema que tenemos que trabajar a full porque nos afectó mucho como equipo, el verlo ver el deterioro progresivo y rápido que tuvo cachai”.

2. Imágenes de otros roles profesionales

Tanto en el contexto hospitalario como en CCR, los profesionales señalan en sus discursos que el trabajo que ellos como fonoaudiólogos realizan se ve influenciado por el que llevan a cabo otros profesionales de la salud, como por ejemplo:

E3: “...siempre trato de trabajar con el kinesiólogo a cargo del paciente: lo aspiramos, le ayudo un poco con los ejercicios motores...”

E1: “Eemmm sí, porque mi trabajo se ha ido adaptando en el fondo a lo que son los objetivos del centro y a lo que puede aportar cada uno de los otros profesionales ¿ya? En eso, como les decía, ahí está lo trans-disciplinario un poco, que mi trabajo se ha visto influido también por lo que me recomienda el kinesiólogo, lo que me recomienda la terapeuta ocupacional, entonces claro yo hago mi trabajo de una u otra forma según las recomendaciones que ellos me hacen que son pertinentes al caso de la persona con la que estoy trabajando”

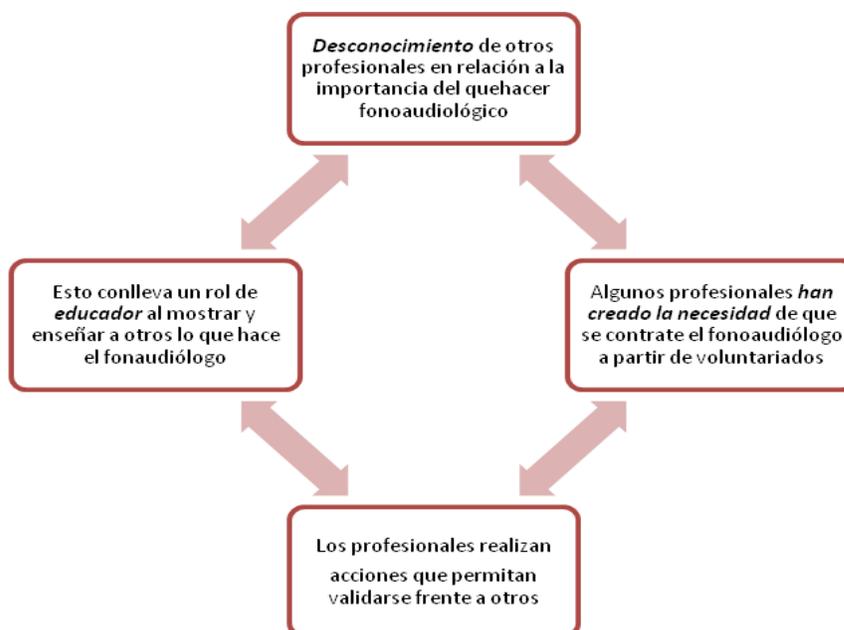
En ambas situaciones el trabajo del profesional fonoaudiólogo, independiente de la especificidad del área de evaluación e intervención en las que actúa (deglución, lenguaje, comunicación, etc.) no actúa solo, sino como parte de un equipo de salud y en su actuar va construyendo su quehacer a partir de la relación que establece con otros profesionales en su contexto de atención. Por tanto, desde el discurso la valoración que el fonoaudiólogo hace de los otros profesionales se refleja en la incorporación de las modificaciones realizadas por otros profesionales en sus propias intervenciones.

En relación a la percepción que los fonoaudiólogos tienen sobre la mirada profesional y valoración de su trabajo por parte de los demás profesionales coincide en que cada uno, independiente del contexto en el que se desempeñe necesita o ha necesitado validar su quehacer frente al resto del equipo, como se refleja en las siguientes citas de los entrevistados:

E2: “Mmm yo me cuestionaba por qué tengo que validarme, por qué tengo que demostrar que soy importante trabajando en el equipo de neuro-rehabilitación, lastimosamente tiene que ser así, actualmente”.

E4: “el hecho de tener que mmm que la gente crea en la necesidad de la evaluación de un fonoaudiólogo en esta área y que la opinión del fonoaudiólogo es importante para que el paciente esté bien, es muy difícil, y pasó al principio que igual hubo gente, doctores que en realidad no daban importancia a la opinión y no le daban importancia no más y pasa que los pacientes aspiraban y ahí recién decían -no, parece que tenían razón, algo estaba pasando- y con los pro y contra empezaron a aprender que se justifica la intervención y a creer, en el fondo es abrirles la mente de otra forma no más y ahora la necesidad de fono o la importancia que se le da a la opinión es grande ¿ya? se deciden varias cosas gracias a la opinión de fono, el trabajo con kine es muy buena porque ellos saben cosas que nosotros tenemos que saber para poder eee dar diagnósticos con los pacientes, ellos también toman nuestra opinión para trabajar con sus pacientes, en realidad es súper importante po”

El fonoaudiólogo ha tenido que validar su quehacer frente a otros profesionales y esta validación surge y se da a partir de características que, según los propios entrevistados, son:



Cuadro 9: elaboración propia.

Esta validación constante que el fonoaudiólogo debe conseguir por parte de los otros profesionales ha conllevado acciones de algunos profesionales como:

E3: "...el resto de los profesionales tampoco tiene tanto tiempo pa estar conmigo"... si me paso gran parte del día corriendo tras de todos el resto de los profesionales o de los técnicos o de los auxiliares diciendo lo que pasa con cada paciente es precisamente porque quiero cuidar la estabilidad que se ha logrado ahora".

En esta situación en particular da cuenta de los esfuerzos que los profesionales realizan para que su profesión sea validada por otros participantes del equipo médico, y muchas veces implica desgaste físico y diferencias de opinión o roces, como menciona el entrevistado que sigue:

E3 " ...[] yo creo que si no hubiera sido como por el gran apoyo que me brindó los primeros meses que estuve acá hubiera sido insostenible, de verdad que sí, o sea de partida como les decía de partida gran parte del personal lleva por lo bajo quince años trabajando, entonces que venga una cabra chica a decirle "oiga sabe que.... necesito que no siente al paciente de esa forma cuando tiene que comer" o sea, ardía troya. Me acusaban con la jefa, la subjefa, con la presidenta así como que era terrible, de verdad que

era terrible, entonces mis primeros meses acá fueron de a cada rato...
 “eee... señorita XX sabe que necesitamos que venga a la oficina de la jefa de no sé qué cosa”.... porque había un reclamo de que yo había hecho no sé qué cosa”.

E3: “...yo creo que uno igual los va adoctrinando un poco”

Todo esto conlleva que dentro de la definición de rol profesional que cada fonoaudiólogo compartió desde el discurso involucre, entre otros conceptos, el de *educar a otros profesionales* e influir en su quehacer diario a partir del conocimiento de que otro profesional puede aportar y ayudar a un usuario en áreas que no son manejadas por todos los profesionales de la salud.

3. Acciones

Los profesionales fonoaudiólogos, según el contexto en el que desempeñan, describen el marco de acción ligado a su profesión. Todos coinciden en que las acciones a grandes rasgos que circunscriben su quehacer en términos fonoaudiológicos se relacionan con la evaluación e intervención.

E3: “Cuando ya está evaluado un paciente se determina qué intervención requiere, y ya sea en cuanto a lenguaje, habla o deglución se determina qué tipo de alteración tiene y que intervención requiere”

E4: “...porque los lunes tenemos poli entonces en la mañana tenemos que ver todos los pacientes que han ingresado durante el fin de semana, los pacientes del viernes, entonces es mucho trabajo. Y hacemos en general evaluación, determinar retiro de sonda o instalación de gastro, como que se realizan muchas decisiones importantes el lunes, pero más en evaluación yaa mm intervención no logramos hacer el lunes ya eso martes, miércoles, jueves, viernes pero los lunes es muy difícil”.

E1: “...entonces todas esas 4 personas que fueron visitadas el lunes por trabajador social y el martes por terapeuta ocupacional, vienen el día miércoles con todos nosotros... [] los miércoles evalúa kinesiología, fonoaudiología y psicología ¿ya? todo el miércoles está eso... [] El día jueves continúa la atención normal y el día viernes en la mañana es día de reunión de ingresos, de casos”.

Los profesionales que se desempeñan en un contexto hospitalario señalan que el propósito de estas evaluaciones e intervenciones que realizan con los usuarios hospitalizados es otorgar el alta médica a partir de una alimentación eficiente y segura, es decir, se centra en la dificultad que posea, por tanto la condición médica de ingreso de estos usuarios es foco de atención de los profesionales que trabajan con él, tal como se observa en las palabras dichas por uno de los profesionales entrevistado.

E4: "...Se priorizan los pacientes que tengamos que rehabilitar y tomar una decisión pronta para un alta. Aquí se trabaja mucho con la decisión de alta".

En el contexto de atención en CCR, se trabaja con usuarios que ya han sido dado de altas de un centro hospitalaria de alta complejidad. Por tanto, el propósito en sí mismo ya no es centrado en la condición de salud basada en la estructura y función, sino se focaliza en que el usuario con su nueva condición de salud pueda integrarse nuevamente a la sociedad y cumplir con cada uno de sus roles.

También describen su acción en relación a la interacción con otros profesionales, puesto que, independiente de los contextos en los que se desempeñe se hace necesaria una constante comunicación entre el fonoaudiólogo y el resto de los profesionales que conforman el equipo de atención. Así en ambos contextos se describe esta acción de la siguiente forma:

E2: "Es una constante el comentar los casos y fortalecer lo que es el trabajo interdisciplinario"

E4: "... y se informa a la nutricionista, al kine, a enfermera, médico que sea necesario".

E4, es un profesional que se desempeña en contextos de atención hospitalario, y es quién busca y persigue retroalimentar al resto de los participantes del equipo médico, puesto que no tienen un horario señalado o previsto para reuniones de equipo para tratar los casos médicos en atención. E3, que se desempeña en el mismo contexto de atención, percibe esta característica como una debilidad del modelo médico:

E3: "...yo creo que es una de las cosas ma' complicá' o incluso por ejemplo, ahí también se evidencia que si acá hubiera más trabajo en equipo porque estaríamos regidos por otro modelo yo no tendría que andar corriendo detrás de veinticinco personas pa' decirles lo que pasa con un paciente..."

Los profesionales que se desempeña en CCR, como el caso de E2, disponen de tiempo de trabajo para reunirse con el resto del equipo y comentar los casos. Importante es destacar que estas diferencias subyacen a la normativa de atención de los contextos, espacios físicos en los que se da la intervención.

Otra acción realizada por los profesionales fonoaudiólogos corresponde a educación. Todos los participantes de la investigación sostienen realizar educación dirigida hacia otros profesionales, hacia los usuarios y sus familias y, en el contexto de CCR hacia la comunidad también.

E4: "...educar a los familiares de acuerdo a las necesidades eemmm comunicativas, alimenticias o sea deglutorias en cuanto al paciente".

E2: "una de esas actividades son la educación cachai"

Las líneas de acción de los CCR ligadas a la educación son más amplias que las de los centros hospitalarios y, puede deberse, al contexto normativo donde les corresponde llevar a cabo estas líneas de acción. Así, la educación dependerá de los objetivos y propósitos de la acción profesional llevada a cabo (evaluación, intervención) sea centrada en revertir una condición que pone en riesgo la salud y vida del usuario o bien, se centre en la participación del usuario. También se verá influido por las creencias y saberes de los profesionales y las redes con otras instituciones que en el caso de los CCR no solo es la familia, sino otras instituciones como la OMIL, otros centros de atención secundario o terciario, municipalidades, organizaciones de personas con discapacidad, etc.

4. Actitudes

Los profesionales al compartir la necesidad de validar su quehacer profesional son personas que deben tener o desarrollar habilidades que les permitan conseguir la aprobación del resto del equipo. Por ello, son profesionales proactivos, que han generado espacios de apertura laboral, han mostrado de forma voluntaria la importancia de su quehacer o han creado de alguna forma protocolos que han permitido formalizar las acciones de estos dentro de una institución.

De igual forma, para con el usuario y su familia los profesionales manifiestan empatía al trabajar con un usuario, por cuanto consideran el acceso del usuario al centro u hospital, las redes familiares.

CAPÍTULO VI: DISCUSIONES

Dentro de lo mencionado por los fonoaudiólogos participantes en este seminario, se evidencia que el objetivo de la intervención de estos profesionales se encuentra influenciado por el contexto en que se desempeñan, es decir, uno de los objetivos principales en los hospitales públicos es que la persona hospitalizada alcance una condición de salud, en cuanto a contenidos fonoaudiológicos, que le permitan apoyar una estabilidad médica para lograr el alta, sin embargo, en los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) el fin último es el de lograr la inserción del usuario dentro de su comunidad.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) propuesta por la OMS y aprobada por la Asamblea de Salud Mundial en 2001 (Vergara, 2010), las acciones de los (as) fonoaudiólogos (as) de hospitales públicos en atención a hospitalizados se centraría en estructuras y funciones corporales, en oposición a la actividad (funcionalidad individual) y participación (funcionalidad social) abordadas por los profesionales de CCRs. A partir de esto podemos mencionar que la atención hospitalaria se da en las fases agudas de los procesos patológicos, ya sea por el inicio de una dificultad o una complicación de una ya existente, para luego involucrar a los CCR en el proceso terapéutico, pero ¿qué sucede con aquellos centro de salud públicos, hospitales, que no cuentan con un CCR como red de apoyo para derivar a sus pacientes luego del alta? ¿Actividad y participación pueden ser contenidos abordables por fonoaudiólogos de hospital o es una labor exclusiva de los CCR?

El profesional que trabaja solo con personas hospitalizadas mencionó derivar a los pacientes luego del alta a los centros de atención primaria que les corresponden por domicilio, pero ¿qué sucede si en estas instituciones no hay fonoaudiólogo (a)?, a diferencia del otro profesional, ya que posterior al alta médica estos pacientes continúan su tratamiento fonoaudiológico en el policlínico del mismo hospital.

En el contexto de hospital público se atribuye el uso de una estrategia del modelo biomédico, ¿pero será realmente lo que se observa en la práctica?. Peñaloza et al (2001) mencionan que el modelo biomédico lleva a la deshumanización de la práctica médica, pero por lo rescatado en las entrevistas, los (as) fonoaudiólogos (as) no solo consideran las características de la patología que llevó a la pérdida o alteración en las funciones del sujeto, sino además a la familia o cercanos al paciente, ya sea en un rol de "informante" o como "co-terapeuta". Estos (as)

fonoaudiólogos (as) indagan sobre condiciones familiares para recibir a este sujeto luego del alta médica, por lo que se cuestiona la deshumanización en este enfoque.



Cuadro 10 : elaboración propia.

Por otra parte, al analizar el empleo de la estrategia RBC, en teoría se circunscribe a que la situación de discapacidad de un sujeto depende de características personales y del ambiente, teniendo como propósito que el usuario logre independencia para que alcance una participación igualitaria en la sociedad (OPS & OMS, 2011), por lo que presentan lineamientos dirigidos al sujeto, su familiar (cuidador), siendo estos fuente de apoyo y seguridad, porque forman parte del ambiente cercano del sujeto de atención y es fundamento importante de toda comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2012).

De acuerdo a lo antes señalado, la inclusión familiar fue mencionada también por los (as) fonoaudiólogos (as) insertos en los CCR, lo cual nos lleva a discutir si en los hospitales públicos la atención es en base al modelo biomédico o biopsicosocial, ya que según Peñaloza et al. (2001) este último se centra en la persona e involucra la participación familiar, lo cual calza con las concepciones entregadas por los fonoaudiólogos, entonces ¿dónde radica la diferencia en los objetivos de intervención?

Para la OPS e ISRI (2011) el enfoque biopsicosocial contempla la interacción entre la persona con discapacidad y su entorno familiar, comunitario y social, por lo que deben participar personas con influencia social en instituciones además de la familia, lo cual hace la diferencia con los agentes involucrados en la atención hospitalaria y los CCR. Estos últimos según OPS e

ISRI (2011) son los encargados de incluir a la comunidad bajo la estrategia de RBC dentro del modelo biopsicosocial y no los hospitales públicos que emplearían estrategias del modelo biomédico, sin embargo tanto en las entrevistas como en las observaciones se pudo apreciar que los (as) fonoaudiólogos (as) en el contexto hospitalario no utilizan la estrategia hospitalaria como dice la literatura, ya que incluyen concepciones del modelo biopsicosocial como la inclusión familiar, debido a que estos profesionales son conscientes de la multiplicidad de factores que rodean al paciente como factores culturales, psicológicos, sociales y biológicos (Vargas, s.f).

La inclusión familiar en los acompañamientos a los (as) fonoaudiólogos (as) presentó diferencias en ambos contextos. En los hospitales públicos existe una alta carga y exigencia horaria por la cantidad de pacientes, la diversidad de patologías y sus severidades que requieren atención de urgencia, lo cual dificulta la participación familiar permanente, ya que existen horarios de visitas en que los cercanos pueden estar presentes, a diferencia de los sujetos de atención de los CCR que se encuentran estables a nivel médico, permaneciendo en sus hogares rodeados de sus seres queridos y en una situación en los profesionales pueden realizar talleres, charlas destinadas a la familia, asistir a los hogares para conocer la realidad psicosocial.

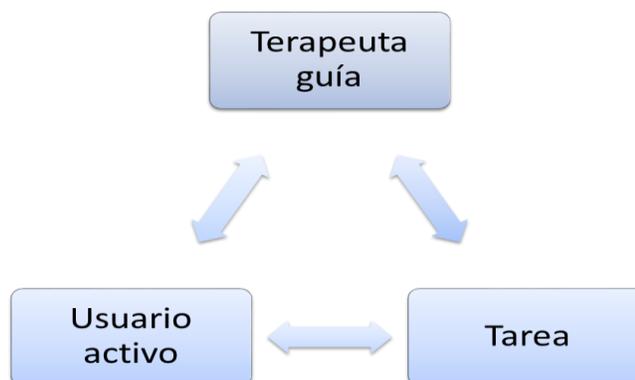
En los CCR, los profesionales fonoaudiólogos que se desenvuelven en ese contexto, significan su rol en la terapia fonoaudiológica, así como el del usuario con el que interactúan como “guía” - “sujeto activo” respectivamente. El paradigma sobre el cual se construye la RBC da cuenta de una forma de concebir, de relacionarse distinta a la tradicionalmente conocida, implicando por una parte una relación más horizontal, cercana, donde el usuario participa de una forma más activa en su proceso de rehabilitación.

La concepción activa del usuario conlleva un concepto distinto de terapeuta y de la intervención misma, lo cual es coherente con las características de la estrategia RBC que persigue como propósito:

“...asegurar que las personas discapacitadas puedan aprovechar al máximo sus facultades físicas y mentales, se beneficien de las oportunidades y servicios comunes y alcancen la plena inclusión social en la comunidad y en la sociedad” (INRAPC).

A partir de este propósito u objetivo la persona en situación de discapacidad debe entender su rol activo considerando los siguientes conceptos: “empoderamiento, inclusión, participación, conciencia y responsabilidad de la persona con discapacidad, su familia y la comunidad”. Esta conceptualización es compartida tanto por el profesional fonoaudiólogo como por el usuario, son saberes consensuados y aceptados como cotidianos en este contexto de atención. Ahora bien, en el contexto de atención, podría visualizarse este rol activo a partir de una evaluación diagnóstica del usuario (realizada por el profesional) cuyos resultados permitan implementar planes de intervención orientados hacia la participación de la persona en su propia comunidad, considerando o consensuando entre ambos los objetivos de la terapia, sin embargo, respecto a las sesiones de terapia observadas, el rol activo del usuario o de su familia no se percibió como tal, interpretándose la situación misma como una propuesta del terapeuta, en la que él señala indicaciones que el usuario y su familia aceptan.

Por otra parte, el concepto de “guía” fue definido por los participantes como “facilitador,” o “quien propone”, pero finalmente el usuario es quien prueba las estrategias, las utiliza y modifica. No obstante, en las sesiones se observó un “hacer” en el cual el terapeuta señala, indica, pero no un terapeuta “propositivo”. Importante es un concepto transversal a los dos ya señalados, que se desprende de estos: el concepto de “tarea”. A partir de este concepto de tarea se supone la generalización de las habilidades trabajadas en la sesión, que permitirían al usuario lograr finalmente la funcionalidad en sus actividades, y consiste o es entendida como la replicación o formas de llevar a cabo una actividad en el hogar con la ayuda del co-terapeuta/familiar, por tanto, la tarea constituye en sí misma un hacer guiado que posibilitaría al usuario el desarrollo de habilidades prácticas en el día a día. Pero el quehacer cotidiano del fonoaudiólogo (a) da cuenta de que el llevar a la práctica estos conceptos constituye un desafío aún.



Cuadro 11: elaboración propia

Dentro de los CCR además se visualizó que uno de estos centros promueve un trabajo en terreno a los hogares de los sujetos de atención para obtener información de la realidad biopsicosocial de estos usuarios, tanto antes de iniciar la terapia como durante ésta, junto con la realización de terapias en el contexto laboral, con el fin de promover la actividad y participación de la persona. Al contrastar esto con el otro centro es posible mencionar que en el otro CCR se realizan visitas al hogar solo al inicio del tratamiento, para conocer la realidad biopsicosocial en que interactúa el(la) usuario(a), lo cual es realizado por asistente social y terapeuta ocupacional.

A partir de lo anterior se puede discutir ¿a qué se puede atribuir que ambos mencionen emplear la estrategia de RBC pero que tengan diferentes maneras de llevarla a cabo? y ¿por qué un CCR considera lo biopsicosocial con estrategias, como las visitas domiciliarias, durante toda la terapia y con la inclusión de todo el equipo profesional del centro, a diferencia del otro en que este tipo de estrategia solo se emplea al inicio y es llevada a cabo por asistente social y terapeuta ocupacional?

El cuestionamiento a las diferencias presentadas en los párrafos anteriores radica en ¿la estrategia de RBC propone métodos o lineamientos específicos a emplear para conocer al sujeto en su integridad (familia, comunidad) o cada profesional tiene la libertad de incorporar estos aspectos del modo que desee y atribuirse libremente el uso de la estrategia RBC?; ¿será la visita domiciliaria la única forma de conocer a la comunidad en la cual se inserta cada sujeto de atención?

Según el Equipo RBC del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (2005), los CCR tienen como objetivo principal la inclusión social dentro de una comunidad, para lo cual el mismo profesional que menciona la realización de visitas también expresa la creación de charlas a la comunidad y actividades en que los usuarios deban poner a prueba sus habilidades para insertarse, por ejemplo ir a la feria cercana a la institución, sin embargo, el otro profesional de CCR no menciona ni se pudo apreciar en los acompañamientos alguna manera de inclusión social. ¿A qué se puede atribuir que ambos mencionen emplear la estrategia de RBC pero que tengan diferentes maneras de llevarla a cabo?

La OPS y OMS (2011), en cuanto al trabajo de los CCR, da a conocer que no es suficiente considerar las capacidades y entregar los apoyos necesarios al sujeto de atención en relación a sus debilidades, sino que tomar en cuenta el ambiente donde vive, es decir, el lugar en que se desenvuelve diariamente el sujeto de atención, dado que son determinantes sociales que

influyen en su condición. A nivel país, la ley 20.422 promueven que la RBC tiene el objetivo de disminuir las barreras a las que se enfrentan las personas en situación de discapacidad, con el fin de que puedan vivir una plena inclusión social, a lo cual la Guía para la RBC (componente social) 2012 agrega que la persona debe recuperar sus roles sociales, porque estos le dan la identidad y significado de vida, determinando su posición y condición en la comunidad, ya que las personas en situación de discapacidad al realizar un trabajo como sus semejantes cambia la visión de la comunidad, aceptando y promoviéndose el verdadero camino a la inclusión. Por lo tanto, el fin de esta estrategia es promover la inclusión de la persona en sus distintos contextos y roles, no solo considerando su condición de salud y habilidades, a partir de lo que se desprende que existen lineamientos generales en la RBC.

Si se analiza lo expuesto, la RBC propone la inclusión y conocer las realidades contextuales de cada sujeto, sin embargo ¿es suficiente abordar lo anterior con solo una visita a domicilio al inicio del tratamiento? Lo más probable es que existan otras acciones pero no hay ejes específicos ni políticas públicas que favorezcan este desempeño.

Como se mencionó en párrafos anteriores, los (as) fonoaudiólogos (as) de los CCR se definen como guías, además de considerar como uno de sus roles el hacer educación, lo cual comparten con los profesionales de esta misma área pero que se encuentran insertos en los hospitales públicos, sin embargo ninguno se denomina como “educador”, frente a lo cual surge la siguiente interrogante: ¿qué significa ser un educador? ¿realmente los (as) fonoaudiólogos (as) son educadores o no puede etiquetarse así dentro del área de la salud? A nivel de MINSAL (s.f) destacan que uno de los roles del fonoaudiólogo es el de educar a la red de apoyo del sujeto de atención, como es en el caso del CCR de La Reina, sin embargo al igual que lo encontrado en este seminario, estos tampoco se etiquetan de educadores.

Para Freire citado en Nuñez (2005), la educación en general es un proceso en el cual existe a la base un conocimiento, hay una capacitación científica y técnica, lo cual se relaciona con la visión de este autor sobre la educación popular; el conocimiento no se utiliza para dominar a otros sino para construir una realidad social generada por los propios receptores de la educación, y no es un traspaso de información de los que tienen el conocimiento hacia los que no. En base a esta definición, los fonoaudiólogos participantes de este seminario serían educadores populares, sobretodo en el caso de aquellos que trabajan en CCR, ya que explícitamente manifiestan entregar información para que los sujetos de atención se empoderen de su situación y no es el mero traspaso de información. En el caso de los (as) fonoaudiólogos

(as) de hospitales públicos, ellos entregan la información con el fin de educar a los familiares sobre lo que es más adecuado para el paciente, y no para que este último se empodere de su situación, sin embargo también pueden ser etiquetados de educadores porque ese conocimiento transmitido a los familiares puede ser o no llevado a la práctica, producto de que se pone en juego el conocimiento previo de la familia con el entregado por el profesional.

A partir del párrafo anterior, cabe cuestionarse si los (as) fonoaudiólogos (as) hacen de sus pacientes/usuarios y familias agentes activos del conocimiento entregado y si les consultan previo a la entrega de información qué es lo que saben ellos sobre el tema a abordar. En ambos contextos, hospitales públicos y CCRs, se mencionó la educación pero en la práctica ¿es eficiente o eficaz entregar información sin explicar el propósito de esta o si este conocimiento ya fue entregado?, cuestionamiento que surge a partir de que no fue posible observar que los (as) fonoaudiólogos (as) preguntaran al usuario/paciente y a sus familiares si sabían sobre la patología, las dificultades y habilidades del paciente/usuario o las intervenciones a realizar.

En relación a los lineamientos de acción de cada uno de los contextos estudiados en este seminario de investigación, existen diferencias en los objetivos que cada profesional fonoaudiólogo tiene. Así, la visión de los objetivos en los CCR se encuentran orientados hacia la participación del usuario (a) en sus contextos más significativos, mientras que en los hospitales públicos el propósito es centrado en la preservación de la vida o disminución del riesgo de muerte a causa de una aspiración en hospitalizados, y disminuir dificultades generadas por alguna alteración o patología en atención ambulatoria (policlínico). En este sentido, en los CCR las líneas de acción son más amplias abarcando no solo al usuario y sus dificultades, sino involucra o genera acciones dirigidas a la comunidad, mientras que en los hospitales públicos, las líneas de acción se dirigen al paciente y principalmente a incrementar las interacciones con otros profesionales del equipo de salud.

Si bien en ambos contextos, el profesional fonoaudiólogo contribuye desde su disciplina a la consecución de los propósitos, diversos factores influyen en la significación que cada fonoaudiólogo (a) hace de su propio rol profesional en dicho contexto de atención. Estas diferencias en los objetivos observadas tanto en el discurso como en el quehacer mismo son concordantes con los paradigmas de rehabilitación propios de cada contexto: Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y estrategia hospitalaria. Así, los que emplean la RBC según el material discursivo recogido y las observaciones realizadas, resultan acercarse a la definición que la OMS o la OPS (2011) hicieron de ella al definirla como:

“una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad”

Por cuanto, la visión y atención que los diversos profesionales brindan a cada usuario propende al cumplimiento de la definición mencionada, es así como se explica que las acciones que los (as) fonoaudiólogos (as) y otros trasciendan el espacio físico destinado al trabajo directo con los usuarios y/o familiares dentro del CCR, e incluya actividades que involucren organizaciones de personas en situación de discapacidad, organismos de colocación laboral, charlas a la comunidad, implementación y creación de talleres, ferias de discapacidad abiertas a la comunidad, etc; mientras que en el contexto hospitalario, la condición de salud del usuario se torna relevante en términos de que las acciones que el profesional fonoaudiólogo (a) realice dentro de la institución propendan a la restitución o compensación de una función perdida (por ejemplo la capacidad de alimentarse por vía oral), evitando de esta forma el riesgo de muerte. Por tanto, resulta trascendental en este contexto que el (la) fonoaudiólogo (a) dé indicaciones al equipo de salud que permitan la consecución de este propósito de forma rápida y efectiva.

En conjunto con el paradigma que el profesional fonoaudiólogo y la institución misma tiene, otro factor que influye en esta diferencia puede atribuirse al contexto, es decir, la normativa, rutinas de quehacer y tiempos destinados para cada función determinan la facilidad o dificultad con que algunas acciones deben ser llevadas a cabo por el profesional. Así, mientras en los CCR existe un tiempo definido para reuniones con el equipo de salud para abordar los distintos temas concernientes a un usuario u otras líneas de acción dirigidas a la comunidad, en los hospitales públicos ese espacio no está presente, por tanto depende del o la fonoaudiólogo (a) cómo realiza la difusión de resultados de evaluación, sugerencias e indicaciones al resto del equipo de salud. Por lo tanto, desde una mirada biopsicosocial, según la CIF, el profesional fonoaudiólogo inserto en CCR genera acciones destinadas a favorecer la actividad y participación de los usuarios, mientras que aquel que se desempeña en un hospital público genera acciones destinadas a favorecer la estructura y función. En consecuencia, los contextos de trabajo y las formas de llevar a cabo el quehacer profesional en rehabilitación influyen en la determinación de los propósitos y maneras de dar cumplimiento a cada uno de ellos.

Continuando con las discusiones de este seminario, se pudo apreciar que los (as) fonoaudiólogos (as) que emplean la estrategia de RBC conciben que ésta es diferente en todo ámbito a la estrategia hospitalaria, lo mismo ocurre a la inversa, sin embargo en lo que se observó no presentan diferencias en el actuar, lo cual está dado por una dificultad en llevar la teoría a la práctica, en cuanto a la concepción y aplicación de las estrategias, ya que se requiere de un diseño de intervención que debe ser contemplado por quienes crean las guías de cada una de las estrategias, por ejemplo, existen guías de aplicación para la RBC pero no se menciona explícitamente cómo llevarlo a cabo.

Otro aspecto a destacar es que los fonoaudiólogos entrevistados coinciden en la necesidad de validarse como profesionales relevantes dentro de las instituciones, tanto CCR como hospital, pero ¿por qué es necesaria la validación de estos profesionales dentro de sus contextos laborales? Una de las formas de validación observadas en uno de los fonoaudiólogos consiste en la confección de una ficha clínica en la cual cada profesional (terapeuta ocupacional, kinesiólogo y neurólogo) debía registrar la planificación terapéutica para el paciente. Si la labor del fonoaudiólogo(a) fuese considerada por los otros profesionales como un agente importante en el equipo tratante ¿será necesaria la confección de material para ser validados?

Por otra parte, la mayoría menciona que al ingresar al contexto de intervención en el cual desempeñan funciones actualmente debieron explicar a otros profesionales en qué consiste la fonoaudiología y qué tan relevante eran para ese centro, ¿será labor de los (as) fonoaudiólogos(as) el informar a los equipos la labor que realizan o es trabajo de los demás el conocer la existencia de otros profesionales que son igual de válidos en la atención de salud?. Para Garfinkel (2006), dentro de un contexto social específico, cada participante de esta realidad tiene un rol, en el caso de los centros de salud, ya sea hospitales o CCRs, cada profesional, usuario y otros participantes tienen sus roles sin embargo no todos sienten la necesidad de validar su importancia en ese contexto, por ejemplo a un neurólogo no se le cuestionará el rol que cumple en el servicio del hospital, en cambio los fonoaudiólogos debieron explicar su labor y darse a conocer ¿será por el desconocimiento de la carrera?, pero esta se creó en 1955 y fue aprobada como carrera en 1971 (Peñaloza, 2012 en Hormazábal et al), por lo que lleva tiempo presente dentro de diversos contextos.

Lo anterior se ve reflejado en lo expuesto por López-Silva (2013) en que menciona que el conocimiento no es un tema sobre situaciones de un mundo externo y objetivo, sino que esta socialmente determinado según el nivel de compromiso previo con una comunidad social y la

manera en que conceptualizamos la realidad no refleja una percepción externa, sino que la participación de las personas en comunidades de significado. Sin embargo, no hay que disminuir importancia al concepto de que una práctica, un actuar en sociedad, no es azaroso e independiente, sino que las acciones de las personas se rigen inevitablemente por lo conocido previamente, hay normas que limitan la conducta en un contexto determinado (Garfinkel 2006), por lo que el actuar del individuo está socialmente determinado por normas implícitas culturalmente, lo que se evidencia en que si una persona deja de lado ciertos patrones sociales y conocimientos determinados previamente al momento de actuar, son considerados como “ idiotas sin juicio” por el resto de la comunidad según Garfinkel (2006).

Por lo anterior se puede considerar que sin duda hay actuares delimitados en el inconsciente humano, dominados por lo social, cultural y aprendizajes que ha ido adquiriendo el individuo a lo largo de su trayectoria. No se puede dejar de lado que estos elementos se ven modificados y moldeados por la comunidad social en que se inserta y que esta es la que determina las acciones futuras, más que un aprendizaje en pre-grado.

En cuanto a la formación de pre-grado, este tema se presentó en todos los discursos de los profesionales, mencionando que ésta resulta insuficiente para enfrentar de manera satisfactoria/óptima su actuar inicial como profesional en el contexto en que trabajan, ya que los saberes proporcionados por la universidad en las disciplinas propias de la fonoaudiología como evaluación, diagnóstico, intervención en la comunicación, lenguaje, voz, audición y habla sea en niños o adultos son deficientes al poner en práctica las habilidades desarrolladas durante los 5 años de formación de pregrado, porque se requieren habilidades prácticas y no sólo de la teoría. Se considera que el actuar de una práctica social, como lo es la práctica profesional fonoaudiológica, no se desarrolla en base a conocimientos previos obtenidos en algún momento de aprendizaje principalmente, sino que la formación del actuar en un determinado contexto depende de las normas institucionales del lugar de trabajo, de las creencias, valores de los profesionales, de la interacción que se dé entre los miembros de la comunidad (sujetos de atención y profesionales), lo que forjará y provocará el desempeño y modos de acción en una determinada comunidad.

Por último, la mayoría de los (as) fonoaudiólogos (as) participantes de este seminario señalaron haber tenido experiencia previa en el área de rehabilitación de adultos, lo cual facilitó el trabajo en el nuevo contexto laboral en términos de realización de procedimientos relacionados con la evaluación e intervención fonoaudiológica en el área de adultos. Sin embargo, también

manifestaron que para desempeñarse en el actual contexto han requerido generar cambios para dar sentido a su quehacer en dicha institución, esto se puede atribuir a diversos factores, entre los cuales se evidencia la insuficiente formación de pre-grado (mencionado anteriormente) no porque la malla curricular carezca de contenidos procedimentales específicos, porque el quehacer profesional es un conocimiento dinámico que se construye día a día, en que el (la) fonoaudiólogo (a) en la experiencia misma va modificando su accionar, influye con su quehacer al resto de los profesionales y estos al fonoaudiólogo (a). Este profesional resignifica su rol, su quehacer a partir del contacto y vínculo construido con los usuarios/pacientes con los interactúa, su concepción sobre el propio sujeto de atención, sus creencias sobre lo que significa “enfermedad”, “condición de salud”, etc. Esto es concordante con las palabras de Goffman:

“Yo creí, y sigo creyendo, que no hay grupo —trátase de presos, de primitivos, o de enfermos—, en el que no se desarrolle una vida propia, que se hace significativa, sensata y normal en cuanto se la conoce desde dentro; y que un buen modo de aprender algo sobre cualquiera de esos mundos consiste en someterse personalmente, en compañía de sus miembros, a la rutina diaria de las menudas contingencias a la que ellos mismos están sujetos” (Goffman en Mercado A., 2011).

Por tanto, el quehacer del fonoaudiólogo se construye mediante las interacciones con sus miembros, apropiándose de la historia del lugar y moldeándose a la normativa de la institución. Importante es que cada contexto es diferente y las interacciones que se realicen dentro de él llegan a ser propias, aceptadas y normales para el grupo que vivencia experiencias ahí, es decir, ese contexto y la experiencia vivida constituyen una realidad colectiva. En este sentido, el (la) fonoaudiólogo (a) realiza acciones que les permitan cumplir con su quehacer de la mejor forma posible en sus contextos laborales, que en la mayoría de los profesionales participantes de esta investigación, se tradujo en instruirse y generar aprendizajes sobre los paradigmas que sustentan la estrategia a emplear. Cada profesional “busca adaptarse a sus condiciones inmediatas, interpretando su contexto para construir opciones de conducta que serán afirmadas o rechazadas en la acción futura” (Pierce en Mercado, 2011)

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

Luego de presentar los resultados y a partir de estos generar la discusión anterior, se puede concluir que el quehacer profesional de los fonoaudiólogos de ambos contextos comparten los saberes y competencias propios de la disciplina fonoaudiológica, es decir, procedimientos de diagnóstico e intervención en el área de atención a adultos. Sin embargo, el actuar de estos profesionales es diferente por las normativas de la institución, la influencia de los otros profesionales, las creencias y emociones personales en relación a los usuarios/pacientes, modelos y estrategias de intervención. Por tanto, el quehacer fonoaudiológico no se va construyendo sólo sobre la base de los conocimientos adquiridos en pre-grado, sino sobre el contexto laboral en que se desempeña el profesional.

En cuanto a la concepción que tienen los fonoaudiólogos insertos en CCRs de su quehacer profesional, se puede concluir que su rol como rehabilitadores es guiar, orientar a los usuarios, familiares y comunidad donde se insertan estos sujetos de atención. En relación a los usuarios se espera que tomen un rol activo dentro de su intervención, haciéndose cargo de su proceso terapéutico, ya que el progreso en la intervención depende del trabajo individual del sujeto y la responsabilidad no recae en el fonoaudiólogo, el profesional da los contenidos a trabajar y estrategias para disminuir el impacto de la dificultad en la vida cotidiana, pero el usuario es el encargado de concientizar esto y llevarlo a la práctica, por lo que el sujeto de dentro de los CCRs debe cumplir con un rol participativo.

Otra concepción de su quehacer es el de tomar conocimientos de la realidad social y cultural en la que se insertan los sujetos de atención, por ejemplo visitan sus domicilios, incorporan a la familia en la intervención.

Además ellos conciben que uno de sus roles es ser participativo dentro del CCR, con el fin de poder aportar con su saber al otro profesional, lo que contribuirá a un abordaje integral a favor del sujeto de atención. Por lo tanto están dejando a un lado el pensamiento sesgado a que sólo los profesionales de cada área son los únicos que tienen la capacidad de abordar ciertos temas, sino que aceptan que con solo un número limitado de terapeutas con ciertos conocimientos no es suficiente para rehabilitar a una persona, sino es necesario compartir y educar a sus compañeros de trabajo, con el fin de considerar al sujeto como un todo y no por partes, y así lograr cambios verdaderos en el proceso terapéutico.

En cuanto a lo arrojado en las observaciones no participantes en los CCR, se puede considerar que existe un actuar por parte de los profesionales, en el que buscan ser distintos a lo que se observa comúnmente en los centros de salud que no hacen uso de la estrategia RBC. Estos profesionales buscan disminuir la barrera entre profesional-sujeto de atención, ya sea en su modo de vestir o en el grado de relaciones con los profesionales.

Es importante considerar que se encontraron diferencias entre su actuar y lo que ellos conciben (en cuanto a las ocasiones en que se tuvo la posibilidad de observarlos) . Sus relatos evidencian dominio teórico en cuanto a lo que mencionan las distintas guías de salud, sin embargo al momento de vivenciar el actuar de estos profesionales en solo uno de ellos se pudo apreciar que concibe y vive el contexto de rehabilitación fonoaudiológica como un espacio de oportunidades entre el terapeuta y el usuario, dejando a un lado su rol que está por sobre del paciente como un ser sumiso, sin un saber previo. Esto no es solo por el modo de vestir o por las relaciones entre los profesionales que desempeñó este terapeuta, sino que se observó un cambio de paradigma en su lenguaje, proxémica, disposición del tiempo, tipos de actividades, etc.

En relación al otro terapeuta, es importante considerar que su actuar está ligado a restaurar o compensar funciones, sin hacer un uso distintivo de elementos biopsicosociales que circunscriben el estado de las personas, sino más bien su actuar está ligado a sus conocimientos y creencias de lo que puede ser mejor para el sujeto.

Es por lo mencionado anteriormente que no todos los profesionales que fueron observados, siguen el modelo como lo expuestos en sus discursos.

En los hospitales públicos el (la) profesional fonoaudiólogo (a) concibe su quehacer profesional en beneficio de la restitución o compensación de una función afectada. En este sentido, el (la) profesional que se desenvuelve en este contexto de atención, focaliza sus acciones en el nivel de estructura y función, buscando disminuir los riesgos sobre la vida del usuario.

Dentro de lo observado en los acompañamientos de los (las) fonoaudiólogos (as) insertos en hospitales, se percibió que la ejecución del su quehacer profesional tiene una directa relación con lo mencionado por ellos en las entrevistas en profundidad.

En la atención de hospitalizados, estos (as) profesionales se enfrentan a pacientes con diversas patologías y grados de complejidad, siendo el objetivo de la intervención, tal como la concepción que tiene cada profesional de su quehacer, el estabilizar la condición que mantiene

al paciente dentro de este contexto, por lo que la atención fonoaudiológica inicial está destinada hacia las dificultades en el proceso deglutorio, proceso que complica el estado de salud y aumenta la estadía en el hospital al producir otras complicaciones que requieren mayor intervención, por ejemplo una neumonía aspirativa.

En el caso de uno de los profesionales de hospital, éste además realiza acciones terapéuticas en policlínico con pacientes ambulatorios, en que se incorpora la participación familiar como informantes o co-terapeutas, al igual que en hospitalizados, pero a pesar de la inclusión de otros participantes en la intervención fonoaudiológica se puede concluir que las acciones están centradas en superar o compensar las dificultades a nivel de estructura y función, y no así en actividad y participación.

Sin embargo, consideramos que al existir un cambio de visión, en la inclusión de los diferentes niveles de intervención propuestos por la CIF, es decir, no solo al síntoma o signo de la patología, sería posible intervenir en estos contextos a nivel de las actividades y los roles que se afectan en los pacientes, pero esta transformación de pensamiento se debe acompañar o puede ser impulsado por la disposición e interés de los profesionales, en este caso de los (las) fonoaudiólogos (as)

La concepción y la ejecución del quehacer profesional se ven determinada por la institución, la normativa y protocolización de los procedimientos a aplicar en evaluación e intervención y también por las formas en que el sistema público, del cual dependen estas instituciones hospitalarias, determina la eficiencia y eficacia de estos procesos, vale decir, disminución de los días cama. Por tanto, la normativa de la institución, que el profesional debe seguir, determina ciertas acciones que el (la) fonoaudiólogo (a) concreta en el día a día para sortear los obstaculizadores que el propio sistema público tiene, como por ejemplo, la falta de espacios y tiempos compartidos con el resto del equipo de salud sea para comentar una situación de salud en particular, para intervenir conjuntamente a algún usuario, dar indicaciones sobre el manejo del usuario al resto de los profesionales, etc. Cada fonoaudiólogo(a) construye su quehacer en este marco institucional, en donde pone en juego sus creencias, valores, actitudes en relación al usuario, su rol, la condición enfermedad-salud, entre otras.

Las instituciones públicas históricamente han sido asociadas a un modelo de abordaje terapéutico médico, sin embargo, en esta investigación se observó que los aspectos del modelo biomédico tradicional se perciben en la normativa de la institución sobre la cual el profesional debe realizar sus haceres guiados y no en la interacción de estos con los usuarios, más bien la interacción dada era cercana, afable, y en algunas ocasiones el profesional no utilizaba delantal

blanco. Se vio también la incorporación de elementos biopsicosociales en el desempeño de este profesional en el contexto hospitalario, es decir, la familia. Por tanto, el quehacer fonoaudiológico en este contexto incorpora elementos del modelo biopsicosocial, lo cual resulta ser positivo para los usuarios y sus familias.

Quisiéramos destacar que para la realización de este seminario se realizaron entrevistas y acompañamientos a 4 fonoaudiólogos quienes se desempeñaban en la atención de adultos, estos profesionales habían recibido su formación de pregrado en distintas universidades de la región metropolitana de Chile, siendo dos de ellos de la Universidad de Chile. Por lo que, con el objetivo de ampliar los resultados obtenidos y recabar mayor información sobre cada categoría con sus atributos de análisis, es que consideramos que un futuro trabajo en este ámbito podría incluir a más fonoaudiólogos(as) de cada uno de los contextos estudiados y de diversos rangos etáreos, ya que todos los participantes habían egresado de la carrera entre los años 2005 y 2012. Además, en las entrevistas se mencionaron diferentes acciones que cada profesional realizaba en la institución, sin embargo no fue posible observarlas todas o a cabalidad, por lo que en un próximo trabajo podrían considerarse más horas de acompañamiento.

Finalmente, consideramos relevante que dentro de la formación de pre-grado se incorpore, además de contenidos de evaluación e intervención fonoaudiológica, información e instancias en que se dé la oportunidad a los estudiantes de conocer diferentes contextos en que se desempeña el fonoaudiólogo, no solo en aquellas instituciones en que se masifica la incorporación de este profesional como es el caso de los hospitales, sino que también en centros en que el fonoaudiólogo lleva pocos años de ingreso como es el caso de la atención primaria de salud, por ejemplo CESFAM y CCRs.

CAPITULO VIII: PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación nos permitió caracterizar de forma inicial las prácticas o quehaceres del(la) profesional fonoaudiólogo(a) en dos contextos de atención, uno tradicional, con mucho tiempo de implementación en los hospitales públicos: el modelo biomédico; y otro, más reciente con menos tiempo de ejecución en los CCR: Estrategia basada en la comunidad. Sería oportuno seguir esta caracterización del quehacer fonoaudiológico en los CCR, puesto que permitiría tener una mirada más amplia en cuanto a las funciones y habilidades que estos profesionales necesitan desarrollar. Asimismo, investigar sobre el funcionamiento de los CCR y cómo las políticas públicas favorecen o dificultan la puesta en práctica de un modelo de atención con base comunitaria, de manera tal que favorezca una operacionalización de dichas políticas públicas que, por una parte promueven este tipo de estrategia en atención primaria de salud, pero por otra, el marco administrativo sobre el cual debe llevarse a cabo no se distingue del modelo de atención biomédico recurriendo a los mismos estándares de calidad, eficiencia, etc.

Por otra parte, la historia de la creación de los CCR da a conocer que estos surgen de la comunidad para dar respuestas a necesidades de esta, siendo la participación de cada miembro importante para determinar y llevar a cabo la construcción de este espacio común. Tanto en la revisión bibliográfica hecha de creación de los CCR así como la historia rescatada a partir de los discursos de los entrevistados respecto al origen de estos centros comunitarios donde se desempeñan profesionalmente, da cuenta de la participación de la comunidad en la organización y creación de estos espacios; sin embargo, el rol protagónico de esta disminuye una vez que este mismo resulta ser administrado por el estado, quedando sujeta la participación de la comunidad a las acciones que el CCR, dirigido por una entidad pública (o representante), implemente o se dirijan a ella. Por tanto, sería interesante revisar o indagar más detalladamente en el rol que la comunidad cumple en un CCR, cómo es la participación de esta y cómo empodera de su rol una vez que este espacio resulta ser dirigido por el estado.

Finalmente, entre los hallazgos de esta investigación respecto del modelo biomédico de atención utilizado por profesionales fonoaudiólogos en hospitales públicos, se vio cómo estos incorporan elementos biopsicosociales durante el proceso de evaluación e intervención, dejando entrever que las estrategias o formas de enfrentar el día a día no son basadas únicamente en el modelo biomédico. Sería interesante indagar más detalladamente en las formas de entender y llevar a cabo una práctica profesional basada en el modelo de atención

biomédico y contrastar estas miradas con la edad de los profesionales, puesto que los entrevistados de la presente investigación tenían entre 25 y 35 años, pudiendo ser determinante este factor etéreo en los hallazgos encontrados.

REFERENCIAS

- Anónimo (2013). Pauta de tratamiento Fonoaudiológico indirecto para Padres.
Recuperado de <http://ccrconchali.blogspot.com/#/2013/09/pauta-de-tratamiento-fonoaudiologico.html>
- Borrell-Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/el-modelo-biopsicosocial-evolucion-13034093-special-articles-2002>.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. & Epstein, R. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6). Recuperado de <http://www.annfammed.org/content/2/6/576.full.pdf+html>
- Campo-Redondo, M., Labarca, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador de docente. *Revista Opción*, 25(60), 41-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31012531004>
- Colegio Médico de Chile (s.f). El sistema de salud chileno, Contexto histórico y normativo del sistema de salud chileno, 9-10. Recuperado de <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>
- Departamento de Salud de Municipal de La Pintana (s.f). Programa de rehabilitación integral en la red de salud. Recuperado de www.pintana.cl/transparencia/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=157&Itemid=
- Dri, R. (2007). Hegel y la lógica de la liberación: la dialéctica del sujeto-objeto. Argentina: Bs. Aires: Editorial Biblos. Recuperado de http://books.google.cl/books?id=x58MvBBSPEC&pg=PA35&lpq=PA35&dq=sujeto-objeto+desde+Hegel&source=bl&ots=8IIXMmNh3C&sig=1KdTI60-dZns5JQ5AmOPEIldonk&hl=es&sa=X&ei=udRkU_aLCoiksQSc_IGYAQ&ved=0CGYQ6AEwDTgK#v=onepage&q=sujeto-objeto%20desde%20Hegel&f=false

- Equipo de rehabilitación CCR La Reina, Vivanco, J. & Soto, H. (2012). Sistematización de la experiencia de rehabilitación Basada en la Comunidad en la Reina, (pp 15-16), 40. Recuperado de <http://www.inrpac.cl/wp-content/uploads/2012/06/Sistematización-La-Reina1.pdf>
- Equipo RBC del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (2005). Sistematización RBC INRPAC. 15-18. Recuperado de www.senadis.gob.cl/descarga/i/239/documento
- Fernández, J. (2012). La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. *Revista educación médica superior*, 26(3), 469-466. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Garfinkel, H. (2006). Estudios en Etnometodología. Traducción de Hugo Antonio Pérez Hernáiz. *Anthropos*, 59-102. Recuperado de https://docs.google.com/file/d/0B5UfjjAP0C2FQnIUWWI2OEd5V3M/edit?usp=drive_web
- Goffman, E. (2006). Frame Analysis. Los Marcos de referencia. Traducción de José Luis Rodríguez. *Centro de Investigaciones Sociológicas*. Recuperado de http://www.textosdigitales.com.ar/CS/CICLO_BASICO/2.008_-_Epistemologia_de_la_Comunicacion/Goffman_-_Los_Marcos_de_la_Experiencia.pdf
- Hernández, M; Hernandez, M; Mauri, J & García,V. (2012). La filosofía, el proceso de salud-enfermedad y el medio ambiente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 11(5), 727-735. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180425059019>.
- Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. (2010). Guías de cuidados básicos de rehabilitación. Recuperado de <http://www.inrpac.cl/wp-content/uploads/2012/04/Guia-CBR-2010.pdf>
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa. A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int*, 33(1). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci_arttext

- Lama, A. (2004). Historia de la medicina hechos y personajes. Chile, Santiago: Mediterráneo. (pp 15- 86, 164).
- Ledesma, F. & Flores, O. (2008). Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gac Méd Caracas*, 116(4), 333. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n4/art09.pdf>
- Ley 19.284. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, Chile. 14 de Enero de 1994. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30651>
- Ley 20.422. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, Chile. 10 de Febrero de 2010. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>
- López, K. (2012). Aportes del paradigma biomédico a la disciplina fonoaudiológica. Documento de trabajo. Asignatura Fundamentos Fonoaudiológicos. Programa Académico de Fonoaudiología de la Universidad del Valle. Recuperado de <http://fonoaudiologiaunivalle.jimdo.com/paradigmas-en-fonoaudiolog%C3%ADa/biom%C3%A9dico/>
- López-Silva, P. (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Revista Cinta de Moebio*. 46, 9-25. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10125578002>
- Maggiolo, M & De Barbieri, Z. (2012). Historia y marco disciplinar de la formación de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas de la Universidad de Chile. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Martínez, L., Cabezas, C., Labra, M., Hernández, R., Martínez, L., Cerutti, M. & Malebrán, C. (2006, junio). La logopedia en Iberoamérica . En Actas del XXV Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología. Granada, España. Recuperado de <http://academico.upv.cl/doctos/FONO-4005/%7B0D048D81-59EC-4DCD-9419-DAA614AD6B24%7D/2012/S1/historia%20de%20la%20fonoaudiologia.pdf>
- Mercado, A. & Zaragoza, L. (2011). La interacción social en el pensamiento sociológico de Erving Goffman. *Revista Espacios Públicos*. 14(31), 158-175. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621192009>

- Ministerio de Salud. (s.f). Centro comunitario de rehabilitación de la reina fortalece atención integrando a un fonoaudiólogo. Recuperado de <http://ssmo.redsalud.gob.cl/?p=1793>
- Ministerio de Salud. (2010). Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S. 2010 -2014. Anexo 2, pp. 6.
- Narbona K., Durán, G. (2009). Caracterización del sistema de salud chileno: Enfoque laboral, sindical e institucional. *Cuadernos de investigación fundación sol*, (11). Recuperado de: <file:///G:/U.Chile/VII%20sem/Seminario/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf>
- Nieto, C. (2001). Unidad 4: Temas complementarios. *Sociología*. España: Alicante: Editorial club universitario. (pp. 114). Recuperado de http://books.google.cl/books?id=mGSCV_Oe_H4C&pg=PA113&dq=observacion+no+participante&hl=es&sa=X&ei=VbliU7WaN9L2oASNloKoCg&ved=0CEgQ6AEwBTgK#v=onepage&q=observacion%20no%20participante&f=false
- Núñez, C. (2005) Educación popular: una mirada de conjunto. *Decisio Enero-Abril*, pp. 8. Recuperado de http://www.infodf.org.mx/escuela/curso_capacitadores/educacion_popular/decisio10_saber1.pdf
- Orbe (noviembre, 2008). Mideplan anuncia 30 centros de Rehabilitación de Base Comunitaria. *Diario La Tercera*, s/p. Recuperado de: http://www.latercera.com/contenido/654_78130_9.shtml
- Oliva,C; Hidalgo,C. (2004).Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *PSYKHE*. 13 (2), pp. 173-186. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/967/96713213.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (s.f) Temas de salud: Medicina tradicional: definiciones Recuperado de http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud (2006). Informe WHO-AIMS sobre sistema de salud mental en Chile. Santiago, Chile. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2011). Resumen del informe mundial de la discapacidad. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2012). Rehabilitación basada en la comunidad Guías para la RBC. pp 8. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548050_Salud_spa.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud (2012) Rehabilitación basada en la comunidad Guías para la RBC Componente social. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548050_Social_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia (1994). Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. Conferencia OMS-WONCA (1994), Ontario. Recuperado de http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/1/documentos_haciendo_el_ejercicio.pdf
- Organización Panamericana de la Salud e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (2011). Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. Recuperado de http://www.paho.org/els/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=870&Itemid=99999999
- Peñaloza, B., Rojas, P., Rojas, M. & Téllez, A. (2001). Modelo de atención en salud familiar. Una propuesta para contribuir al cambio. Programa de Medicina Familiar y Comunitaria, Pontificia Universidad Católica de Chile. pp. 9-13. Recuperado de <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/familiar.pdf>
- Peñaloza, C. (2012). Introducción. Y todo comenzó en 1955... en: Hormazábal, X.; Peñaloza, C.; Fuller, A.; Vergara y Nuñez, L. (2012). *Fonoaudiología historia y proyección*. (pp.13-15) Chile: Santiago: Abarca Girard Ediciones.
- Pollner, M. (1964). Razonamiento mundano. En Goffman, E., Sacks, H., Cicourel, A. & Pollner, M. (2000). *Sociologías de la situación*. (pp. 131- 163)

- Rodríguez, C. (s.f). Fonoaudiología. Recuperado de <http://www.inrpac.cl/rehabilitacion/idades-clinicas/fonoaudiologia/>
- Rendueles, M. & Dreher, M. (2007). La dualidad sujeto-objeto y la responsabilidad social empresarial. *Revista Telos*. 9 (1), 115-129. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99314566008>
- Romero, L (2012). Desplazamiento respecto de los saberes disciplinares de la Fonoaudiología. *Revista chilena de Fonoaudiología*. 11, 96-106. Recuperado de <http://www.revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/viewPDFInterstitial/24520/25893>
- Scribano, A. (2007). El proceso de investigación social cualitativo. Prometeo libros. pp. 72-74. Recuperado de <http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=YR0tjqk8my4C&oi=fnd&pg=PA11&dq=entrevista+en+profundidad+investigacion+cualitativa+pdf&ots=lktz1Ac76S&sig=nKYbsrDz3qlhrA6Ymdt1xvIHynU#v=onepage&q=entrevista%20&f=false>.
- Serra, S. (1° ed). (2007). Fonoaudiología. Aproximaciones logopédicas y audiológicas. Ed. Brujas. (pp. 36-62,110). Recuperado de <http://books.google.cl/books?id=1u0otajec5UC&pg=PA41&dq=fonoaudiolog%C3%ADa&hl=es-419&sa=X&ei=m6FXU7rnD4zgsATd7IGgBw&ved=0CDgQ6AEwAA#v=onepage&q=fonoaudiolog%C3%ADa&f=false>.
- Serra, S. (2008). Fonoaudiológicamente. Nociones básicas y práctica profesional. Ed. Brujas. pp. 23-26, 96-99.
- Servicio Nacional de la Discapacidad. (2013). Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020. pp. 13-14. Recuperado de http://www.senadis.gob.cl/pag/384/918/politica_nacional_para_la_inclusion_social_de_las_personas_con_discapacidad.
- Strauss, A & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar una teoría fundamentada. Colombia; Medellín. *Editorial Universidad de Antioquía*.
- Servicio de Salud de la Araucanía Norte. (2012). Programa de Rehabilitación Integral. Recuperado de http://ssan.redsalud.gob.cl/?page_id=342.

- Sotelano, F. (2012) Historia de la rehabilitación en Latinoamérica. *American Journal of Physical medicine & rehabilitation*, 91(4), 368-373. Recuperado de <http://journals.lww.com/ajpmr/documents/manuscript%20aj11107%20sotelano%20invite%20commentary.pdf>
- Trinidad, A., Carrero, V. & Soriano, R. (1°ed). (2006). Teoría fundamentada "Grounded Theory. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Cuadernos metodológicos 37. (pp.9-10, 14). Recuperado de http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=yxtGMuCSDe4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=definicion+de+teoria+fundamentada&ots=3M5mG51YpM&sig=RIDI-MksLefey_cUswXPC6q448#v=onepage&q=definicion%20de%20teoria%20fundamentada&f=false.
- Vargas, P. (s.f) Capítulo V: El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma importancia de trabajar con familias. En Ceitlin, J (2009). Introducción a la medicina familiar. Buenos Aires: Intramed. Recuperado de http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf
- Vargas, X. (2011) ¿Cómo hacer investigación cualitativa? Una guía práctica para saber qué es la investigación en general y cómo hacerla, con énfasis en las etapas de la investigación cualitativa. México: Etxeta.
- Vasilachis, I. (2006) Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona. Recuperado de <http://tecnoeduka.orgfree.com/documentos/investiga/articulos/investigacion%20cualitativa%20-%20vasilachis.pdf>
- Vergara, L.(2010). Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. (21), 281-288.
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso de salud-enfermedad. *Revista Hacia la promoción de la salud*. (12), 42- 50.
- Vivar, C., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., Gordo, C. (2010). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Revista Enfermería*, 19(4), 283-288. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para el profesional fonoaudiólogo

CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EN DOS CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA

Nombre del Investigador principal: Sara Tapia

Institución: Universidad de Chile

Teléfonos: (56 2) 2978 6181, (56 2) 2978 68 99

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “ CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EN DOS CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA.”, debido a que deseamos conocer desde sus experiencias la práctica profesional que ejerce actualmente.

Objetivo: Esta investigación tiene por objetivo caracterizar las experiencias profesionales de fonoaudiólogos (as). El estudio incluirá a un número total de 4 fonoaudiólogos, 2 insertos en Hospitales y 2 en Centros Comunitarios de Rehabilitación.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar los investigadores se comunicarán con usted para coordinar los días que le acomoden para poder efectuar una entrevista en profundidad y observaciones no participantes de su trabajo, lo que será grabado con grabadora de voz y registrado en bitácoras las observaciones de campo.

Riesgos: Ésta investigación no presenta riesgos físicos o biológicos. Sin embargo en todo momento se protegerá la identidad del participante haciendo uso exclusivo de la información recopilada por parte del grupo de investigadores.

Costos: El participante no incurrirá en costo alguno.

Beneficios: Esta investigación tiene como beneficio principal ampliar el conocimiento de fonoaudiólogos y futuros fonoaudiólogos de las prácticas profesionales de dicha carrera, para así poder generar conocimiento crítico de lo que está sucediendo en la actualidad.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso solo de los investigadores.

Información adicional: Si a lo largo del proceso existe alguna consulta en relación a la interpretación de la entrevista en profundidad, el equipo de investigación se dirigirá a usted para aclarar las dudas y lograr la mayor objetividad posible en la recolección de información.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Fernanda Espinosa (569) 98724639
Paulina Herrera (569) 77911700
Dominique Venegas (569) 66540942

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 29786923, Email: ceiha@med.uchile.cl. Ubicados en Dpto. Bioética y Humanidades Médicas, 3ºPiso, Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “ CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EN DOS CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA”.

Nombre del participante
Rut.

Firma

Fecha

Nombre de informante
Rut.

Firma

Fecha

Nombre del investigador
Rut.

Firma

Fecha

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para el usuario.

CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EN DOS CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA.

Nombre del Investigador principal: Sara Tapia

Institución: Universidad de Chile.

Teléfonos: (56 2) 2978 6181, (56 2) 2978 68 99

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EN DOS CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA.”, debido a que deseamos observar el trabajo en vivo del profesional fonoaudiólogo con el usuario.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo caracterizar las experiencias profesionales de fonoaudiólogos (as).

Procedimientos: Si Ud. acepta participar, el fonoaudiólogo tratante se comunicará con usted para indicarle el día en que los investigadores irán a observar su sesión fonoaudiológica. La fecha en que coordinarán será un día que usted debe asistir como parte de la terapia, sin que tenga que asistir en horarios fuera de su cita a terapia.

La sesión será observada y los investigadores tomarán notas y grabarán con grabadora de voz.

Riesgos: Esta investigación no conlleva riesgo físico o biológico para usted, dado que solo será observado (a) por los investigadores en su proceso terapéutico.

Costos: No incurrirá en costo alguno al participar de la investigación.

Alternativas: Si Ud. decide no participar en esta investigación recibirá la terapia que se le aplica habitualmente, sin consecuencia alguna.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada por el equipo de investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador y a su terapeuta tratante, sin que ello signifique modificaciones en el estudio y tratamiento habituales de su enfermedad.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Fernanda Espinosa (569) 98724639
Paulina Herrera (569) 77911700
Dominique Venegas (569) 66540942

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 29786923, Email: ceiha@med.uchile.cl. Ubicados en Dpto. Bioética y Humanidades Médicas, 3ºPiso, Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EN DOS CONTEXTOS DE ATENCIÓN: CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACIÓN Y HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA”.

ANEXO 3

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA FONOAUDIÓLOGO 1

Simbología:

...	: pausas
Tachado	: reformulaciones
()	: Aspectos paralingüísticos, interrupciones, etc.
XX	: nombres de personas
E	: entrevistadores
E1	: entrevistado 1

E: ¿más menos en qué años estudió la carrera de fonoaudiología? ¿A dónde?

E1: yo ingresé a la Universidad de Chile en el año 2005 y egresé el 2009. Mi examen de título como fue el 2010, pero yo ya estaba egresado el año 2009. Así que tengo 4 añitos ya de fonoaudiólogo.

E: Cuéntenos un poco, digamos, ¿cómo fue la experiencia durante la formación de la carrera? ¿Qué le pareció?

E1: Mira, en lo personal, pa mí fue... no sé si gratificante pero fue súper bueno en términos generales, el estudiar la carrera, porque es una carrera que reúne o reunía en ese tiempo, la malla, muchas habilidades de diferentes áreas, ya. Había mucho del área científica, mucho también del área humanista, mucho de arte también, ya, eemm y yo siempre fui una persona que no tenía una tendencia marcada en un área, que creo le pasa a la mayoría de los estudiantes de fono. **(E: ¡sí!)** ya, eemmm entonces, tenía como actitudes para muchas cosas y nunca, no sé po, los típicos exámenes de aptitudes por ejemplo nunca me salían como con una tendencia marcada **(E: como tan definido)** todo era muy parejo. Entonces eso me agradó, porque en realidad nada se me hacía tan complejo po como que todo me agradaba. iiiimmmm bueno, también como creo, la mayoría de los estudiantes entré conociendo poco de la carrera, tenía una idea bastante certera al final pero igual habían cosas que no sabía de la carrera, eemmm pero al ir descubriéndolas me fue encantando igual, me gustó hartito, así que en definitiva una experiencia buena el de la formación.

E: ¿Cuál fue tu motivación para entrar a estudiar fonoaudiología?

E1: Principalmente lo que les decía, que ... no yo no tenía un área definida que me gustara y era una carrera que yo sabía que reunía muchas cosas diversas, entonces había muchas áreas por las que me podría interesar eventualmente, ya. Ahora yo, eemm, durante mis primeros años preparándome para dar la prueba e ingresar a universidad, yo pensaba estudiar kinesiología, pero me desmotivó porque había mucha gente que quería estudiar kinesiología y en realidad yo quería ser algo como más especial donde no hubiese tanta gente. Me interesaba también la biotecnología por ejemplo, pero finalmente me orientó un poquito mi hermana que en ese tiempo estaba estudiando, había entrado a estudiar hace poco obstetricia y ella me dijo que en realidad era como para lo que ella conocía, para fono. Así que le hice caso y fue una buena decisión.

E: ¿Crees que la formación de pregrado te dio como las herramientas necesarias para enfrentar el primer trabajo como fonoaudiólogo?

E1: No.

E: ¿Por qué?

E1: Porque creo que eemmm la formación es muy teórica y las actividades prácticas que uno hace en la universidad son... terminan siendo efectivamente muy teóricas también, ya, muy desde lo ... desde la suposición, ya. Eemm y creo que eemmm ~~no te pe~~ ... la universidad, en general ninguna universidad, te prepara para muchos aspectos del ámbito laboral, lo que pienso yo que también tiene una responsabilidad la universidad, ya, entendiendo que es el conocimiento universal, ¿cachai?, de ahí viene la palabra universidad, entonces debiese prepararte para la universalidad de lo que vai a enfrentar, ¿ya?, eemmm y creo que hay poco ... termina dependiendo, por lo menos el sistema educacional chileno, termina dependiendo mucho de las aptitudes y de las habilidades que tú tengas desde antes de ingresar a la universidad y finalmente la universidad te termina preparando en lo técnico solamente, cuando debiese creo haber un acompañamiento mucho más profundo de lo que uno va a hacer en definitiva en el campo laboral, en el futuro como persona.

E: ¿En qué se nota esa diferencia, digamos, en el trabajo? ¿En qué se muestra esa dicotomía que plantea respecto de las herramientas que fueron entregadas versus lo que usted encontró en la realidad?

E1: Haber, eemmm, por ejemplo eemmm bueno uno cuando es alumno usualmente quiere que le den como la receta de todo ¿cierto? Y siempre le dicen a uno que es como imposible, y la

verdad yo pienso que es imposible, pero si bien nadie te dice “oye, esto lo tienes que trabajar de esta manera “ eemmm, tampoco te dice eemmm te preparan un poco eemmm... Haber, más en concreto en lo fonoaudiológico por ejemplo, te preparan claro en la comunicación ¿no cierto? y sus alteraciones para que tú lo puedas aplicar en una persona ¿cachai? Pero creo que en ese proceso de la aplicación se pierde un poco la formación, entonces finalmente uno llega al campo laboral con muchos conocimientos de lo fisiológico y de lo patológico, pero finalmente todavía no tenía las herramientas como para llevar eso a lo concreto. Entonces te enfrentas a una persona y cuesta hacer sentido de todo lo que aprendiste durante la formación ¿cachai? Creo que es una de las cosas importantes, como que cuesta aterrizar todo lo que tenía volando en la cabeza.

E: y en relación a eso, ¿cómo fue tu primera experiencia como fonoaudiólogo y dónde?

E1: yo, mi primer trabajo fue en una escuela de lenguaje ¿ya? Eemmm iiii sí sentía mucho que eemmm bueno que además nunca ha sido un área que me guste, tengo facilidad para trabajar con los niños, pero nunca ha sido el área que me atrae, pero yo sabía que mi primer trabajo iba a ser en una escuela de lenguaje claramente ¿ya? Eemmm y sentía en realidad como que yo estaba dando palos de ciego un poco, trataba de hacer por supuesto lo mejor posible, con responsabilidad y todo, pero de repente uno siente que no está agrado y que no está a tono para dar un 100% lo que se espera de ti. ¿cachai? Es un cambio grande creo yo, pasar de la nada a empezar a trabajar con gente.

E: ¿Cuánto tiempo fue ...? (E1: ¿En esa escuela de lenguaje?) Sí.

E1: Estuve aamm como 7 u 8 meses ¿ya? Porque yo ~~ingresé~~ dí mi examen de título muy tarde, porque en ese tiempo se daban los exámenes de título muy tarde, no como ahora que saliendo de la práctica inmediatamente en enero ya quedan listos, no, yo dí mi examen de título de hecho a fines de marzo empezando abril. Y mi primer trabajo entré en Agosto de ese mismo año, el 2010 eemmm entonces estuve desde mitad de año, termine el proceso en esa escuela de lenguaje y cuando egresaron los niños que yo estaba atendiendo en ese tiempo, allí yo ya había encontrado otro trabajo, que estaba compartiendo en horarios hasta ese momento, y después ya abandoné la escuela de lenguaje que era lo que menos me gustaba y me acomodaba.

E: Cuéntame un poquitito sobre tu trayectoria laboral, después de la escuela de lenguaje ¿qué fue lo que vino?

E1: Mira, ese año el 2010, en diciembre de 2010, después yo empecé a trabajar en el programa Chile Crece Contigo ¿ya? Acá en la comuna del Bosque eemmm Estuve trabajando en un proyecto relacionado con el retraso y el rezago del desarrollo, particularmente el lenguaje, obviamente, de los niños entre 0 y 4 años. Y después de ese proyecto, yo con otra colega cubríamos entre los dos, con 22 horas cada uno, los 5 consultorios, los 5 CESFAM que hay aquí en la comuna del Bosque (ahora son 6 pero en ese tiempo eran 5) ya eemmm después a medida que va avanzando este proyecto en el 2011, desde el área de salud que era para el que nosotros trabajábamos, desde departamento de salud se le pide al departamento de educación, que nos contrate otras 22 horas a cada uno ¿ya? Para que tengamos tiempo completo, entonces teníamos 88 horas de fonoaudiólogo en total, 2 profesionales 44 horas cada uno, y con eso seguíamos cubriendo los 5 consultorios con un poquito más de tiempo ahora eemmm y además empezamos a trabajar en los jardines infantiles que eran dependientes del departamento de educación también, ¿ya? Ustedes saben que hay jardines como todos particulares y otros que son los que están a cargo de la JUNJI, en eso trabajábamos nosotros, eran 12 jardines, entonces estábamos en consultorios y jardines. Después, una vez que termina ese proyecto, el proyecto no cumplió con todas las metas que tenía propuestas, así que no se renovó **(E: ¿cuánto duró ese proyecto?)** ese proyecto, desde diciembre del 2010 hasta como más o menos abril-junio del 2011 ¿ya? Entonces como termina el proyecto en salud, yo dejé mis horas en salud en ese momento y me quedé con las horas que tenía en educación, y desde ahí estuve trabajando desde el 2011 hasta fines del 2012 en colegios del departamento de salud.

E: ¿Eso ya no es la misma escuela de lenguaje?

E1: No, eso ya no es lo mismo, no no no. La escuela de lenguaje estuve solo hasta diciembre del 2010, y ahí eso era en Puente Alto, y después yo me cambié para acá para El Bosque y de ahí he estado todo este tiempo ¿ya? Estuve trabajando entonces en los colegios en el proyecto de integración comunal, ya, en los colegios municipales también eemmm estuve yo en un solo colegio, ya, pero estuve harto tiempo ahí y después finalmente eemmm me apareció la oportunidad, yo la busqué también, de cambiarme a la oficina de discapacidad que es donde estamos ahora.

E: ¿Cuánto tiempo pasó entre este trabajo en los proyectos de integración hasta llegar acá?

E1: eemmm 1 año y medio más o menos

E: ya, o sea el año 2013 más menos

E1: sí, acá el año 2013, claro, llegué acá el año pasado, entonces un poquito más de un año acá. Pero entre medio eemmm mientras yo estaba en los jardines infantiles por ejemplo ya empecé a hacer trabajos voluntarios acá en la oficina de la discapacidad. **(E: ¿eso fue en el 2012?)** Sí, entonces el equipo ya me conocía ya. Cuando se dio la oportunidad de que yo me viniera pa'cá ya todos me conocían, estaba muy integrado ya al equipo. Así que no hubo problema.

E: Mientras tú estabas trabajando en los jardines, en los colegios ¿tú ya estabas con la idea de que querías buscar como otra área o no?

E1: Sí, sí, siempre. Como les comenté al principio, niños nunca fue mi área de preferencia y el área de educación tampoco, o sea, mientras estuve trabajando con niños por ejemplo en el programa Chile Crece pa mí fue genial porque tampoco era área de educación tampoco. El área de educación es lo que a mí **(E: no le gusta)** me eriza los pelos.

E: ¿Pero el trabajo era más o menos parecido o no?

E1: ¿Al que se hace acá?

E: No, al del programa Chile Crece Contigo, al trabajo en educación.

E1: No, no para nada.

E: ¿En qué difería?

E1: Lo que pasa es que en el Chile Crece Contigo tú estás a cargo de la estimulación temprana, en términos generales, ¿ya? Y lo que se hace en educación es solo tratamiento del Trastorno Específico del Lenguaje que se rige bajo un decreto, donde tú tienes que trabajar con ciertos tipos de niños, **(E: es más estricto)** claro es más estricto, tienes que trabajar unas patologías, por así decirlo, y no otras eee y tienes además un trabajo mucho más estructurado, que se vuelve súper repetitivo también, súper monótono. Y no, en el Chile Crece es algo muy distinto

E: ¿Cómo surgió la posibilidad de realizar estas horas de voluntario?

E1: Por iniciativa propia, por iniciativa propia junto con esta otra colega que yo les decía, junto con otras colegas más, eemmm la XX y la XX, eemmm ahí empezamos a buscar más o menos eemmm otras alternativas ya que veíamos que lo del Chile Crece ya había terminado. En ese tiempo nosotros estábamos esperando porque se suponía que el proyecto se iba a renovar y nosotros finalmente supimos unos 5 meses después que el proyecto ya no se iba a renovar ya.

Eee todo ese intertanto de 5 meses nosotros esperábamos y estábamos consultando constantemente porque se suponía que eso se iba a resolver pronto. Después supimos que finalmente ya no se pudo y ahí empezamos a buscar otras alternativas, entonces empezamos a contactarnos con gente que ya conocíamos del área de salud acá en El Bosque y empezar a preguntar que opciones teníamos y finalmente nos dicen “miren contáctense, la idea que ustedes tienen es como para la oficina de discapacidad”. Entonces vinimos con el equipo acá, conversamos con la jefa de acá, expusimos nuestras ideas y propusimos nosotros hacer unas horas voluntarias cada uno y así fuimos supliendo, creando un poco la demanda y supliéndola al mismo tiempo acá en el centro.

E: Porque antes no había fonoaudiólogo que estuvieran acá

E1: Antes no había fonoaudiólogo acá, claro. Yo soy el primer fonoaudiólogo que está formalmente acá po. Antes estuvimos, como les decía, con la XX y con la XX, estuvimos ...

E: ¿Eso a partir de qué año fue?

E1: Eso fue en el año 2012. 2012 hicimos voluntariado y el 2013 yo ya llegué acá formalmente.

E: ¿Cómo fue la... a ver... cómo sientes tú que fue la experiencia de haber pasado, digamos, por los otros trabajos anteriores? ¿tú que es lo que rescatas de esas experiencias laborales?

E1: eemmm a ver rescato que eemmm pucha, son cosas súper personales en realidad. Rescato que siempre a pesar de que es un área que no me gusta y que no me atrae para nada, siempre eemmm conseguí que la gente valorara mi trabajo y me felicitaran por hacerlo bien, en el fondo, ya. Que creo que es súper importante, tú estí donde estí tení que hacer las cosas bien no más, cachai. De hecho me pasó también cuando conté a la gente donde yo estaba trabajado que me venía para acá me dijeron “pero cómo si lo así tan bien” y yo le dije “sí pero donde yo esté lo voy a hacer bien porque voy a tratar de hacer lo mejor posible cachai, pero no es lo que me gusta y entonces quiero irme para otro lado”, ¿cachai?. Rescato eso que lo hice como bien, rescato también que estuve en ambientes súper hostiles también y ambientes también súper agradables eemmm luchando harto contra la adversidad instaurando patrones nuevos de trabajo, que la gente no manejaba por no manejar el área fonoaudiológica eemmm y que en el fondo siempre tuve que estar un poco educando desde la fonoaudiología para poder también generar las necesidades y demostrar cómo yo podía aportar también.

E: ¿Cómo es o no sé si nos puede contar un poquito sobre la historia de esta oficina de discapacidad, tal vez cómo surgió la idea?

E1: Mira, bueno la oficina como oficina tiene muchos años, ¿ya? Yo diría que más de 20 años, no estoy seguro, pero más de 20 como oficina de la discapacidad apoyando a las organizaciones de personas con discapacidad de la comuna ¿ya? Apoyándolas en la formación de proyectos, en la postulación de proyectos, en la postulación de ayudas técnicas, etc, etc. ¿ya? Y en el año 2007 surge la necesidad dentro de las personas de... muchas de las organizaciones de personas con discapacidad, surge la necesidad de tener un lugar donde se les preste la atención médica por así decirlo, en la atención de rehabilitación física ¿ya?. Este es un centro de rehabilitación física. Y de esa manera como tiene que nacer todo proyecto de CCR, cachai no tiene que ser impuesto, tiene que nacer de la comunidad eemmm y se empieza eemmm vienen estas personas con esta idea y se la plantean a la oficina de discapacidad y le dicen “mire lo que nosotros necesitamos en este momento es la atención de rehabilitación física”.

E: ¿y quiénes son esas personas?

E1: Las personas de la comuna

E: Pero ¿son gente a través de un sindicato?

E1: A través de su organización de personas con discapacidad. Son personas que tienen discapacidad física y que están organizadas en un sindicato, en organizaciones de personas con discapacidad, ya. Y exponen, a través de sus dirigentes, exponen esta necesidad a la oficina de discapacidad. Entonces la oficina de discapacidad les ayuda a postular a un proyecto, en ese tiempo en FONADIS que es el actual SENADIS, y ese proyecto se gana y con esas platas que se ganan se contrata un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional. Y así empieza a formarse el CCR ¿ya? Después eee...

E: ¿Cuántas horas funcionaron, digamos, cada profesional?

E1: En sus inicios eran 44 horas de kinesiólogo y 22 horas de terapeuta ocupacional

E: ¿y la cantidad de pacientes que veían digamos?

E1: Ahí no sabría decirte. No sabría decirte cuántos fueron. Ahora, el proyecto inicial fue sí con una población cerrada, ya. No sé el proyecto decía por ejemplo le vamos a dar atención de rehabilitación física a 15 personas de la comuna del Bosque.

E: ¿Con alguna condición en particular?

E1: Discapacidad mayor. Todo lo que es discapacidad mayor: accidentes vasculares, TEC, tumores, ¿ya? Que generen discapacidad física mayor, que es con lo que trabajamos actualmente. Eemmm y así se empieza a formar el centro, que después más adelante, bueno se terminan los fondos del proyecto, como cualquier proyecto en algún momento las platas se terminan, y en ese momento como ha ocurrido en la historia de los CCR en muchos lugares, en ese momento el alcalde de la comuna toma un compromiso de mantener el centro para poder seguir atendiendo a las personas con discapacidad, entonces pasa a ser de gastos municipales en el fondo. Y así se ha mantenido hasta ahora. Ha ido evolucionando, hoy en día somos un montón de profesionales ¿ya? Los que somos estables del centro somos aproximadamente, déjame pensar, como 5 profesionales y actualmente somos ... entre 10 y 12 profesionales los que trabajamos acá.

E: ¿Qué áreas abarcan?

E1: Abarcamos kinesiología, terapia ocupacional, psicología, fonoaudiología, trabajo social.

E: ¿En esa secuencia se distribuyen las 12 personas o se incluyen los técnicos, el recepcionista por ejemplo?

E1: No, solo les estoy hablando de los profesionales que trabajan en el CCR

E: ¿Los estables cuáles serían?

E1: Los estables son un kinesiólogo, una terapeuta, yo fonoaudiólogo y un trabajador social.

E: ¿Quiénes más participan, digamos, constituyen esta oficina o centro comunitario de rehabilitación, desde la perspectiva administrativa?

E1: Desde la perspectiva administrativa hay una coordinadora, ya, que es la encargada de la oficina. Lo que pasa es que ahí hay que hacer un poquito la diferencia. Ustedes conocen esto como CCR pero esto parte como oficina. Este recinto donde estamos ahora constituye oficina de discapacidad y CCR. Y hay que entender que el CCR es uno de muchos servicios que presta la oficina, por lo tanto físicamente lo que ustedes más ven aquí es CCR, ¿ya?, pero es más grande la oficina, presta más servicios la oficina de la discapacidad ¿ya? Entonces como CCR son los profesionales que yo les comenté. Como oficina de la discapacidad, la oficina está constituida por una coordinadora de oficina de discapacidad que es por profesión una educadora diferencial ¿ya? Que tiene mucho trayecto en la administración pública digamos

eemmm como oficina hay una trabajadora social y un administrativo que es el recepcionista en el fondo, y el resto somos CCR.

E: ¿y qué otros servicios entrega la oficina?

E1: Mira, la oficina tiene hartas líneas de acción, tiene líneas de promoción de la discapacidad, prevención de la discapacidad eemmm o sea promoción de los estilos de vida saludable en realidad no la discapacidad. Prevención de la discapacidad tiene la línea de rehabilitación que sería el CCR eemmm otra línea es desarrollo comunitario que yo les comentaba que ayuda a las organizaciones de personas con discapacidad a incluirse más en la comunidad y a poder desarrollar todos los proyectos que ellos postulan para, no sé, mejorar sus barrios por ejemplo, poner estos típicos máquinas de ejercicios en las plazas, esas cosas, diferentes cosas a las que pueden postular. A conseguir también los beneficios que como personas con discapacidad por la ley de personas con discapacidad pueden conseguir a través de SENADIS, etc, ya. Entonces son como 5 líneas, ¿no sé si las nombré todas? Prevención, promoción, rehabilitación, desarrollo comunitario eemmm, y no recuerdo cuál es la última.

E: ¿En qué horarios atiende el CCR?

E1: El CCR atiende entre las ... nosotros trabajamos entre 8:30 y 5:30 de lunes a jueves y los viernes de 8:30 a 16:30. La atención es entre las 9 de la mañana eemmm y la última hora de atención es a las 4:30 de la tarde.

E: Ok. ¿Nos puedes hacer una descripción del entorno físico aquí adentro, es decir cómo se distribuyen los espacios físicos para la atención de cada uno de los profesionales y, en particular cierto, la atención fonoaudiológica?

E1: Bueno, partir por el lugar en el fondo. Nosotros, el CCR que yo les conté, en sus inicios 2007, estaba situado en otro lugar de la comuna que era más central de la comuna, ahora aquí estamos al final de la comuna. Si ustedes cruzan la calle están en San Bernardo ¿ya? Eemmm entonces estábamos en un galpón súper chico ¿ya?, con el tiempo y con los eemmm ... con la buena gestión de nuestra jefa en el fondo, y con los beneficios que el municipio ha visto que el CCR genera a la comunidad, se logró que este espacio que se construyó como un salón multiuso, para eventos digamos, fuese destinado al CCR. Entonces, este salón, como ustedes ven, está dentro del estadio municipal ya eemmm y dentro del salón bueno está ahí una recepción eemmm y el resto hacia más a la cordillera digamos es el gimnasio. En el gimnasio hay camillas, los típicos implementos (barras paralelas, escaleras, espalderas, máquinas de ejercicio, trotadoras, bicicletas, etc) en donde trabajan los kinesiólogos y los terapeutas

ocupacionales ¿ya? Este galón como es súper grande, este gimnasio, está dividido en secciones, esto que les estoy contando es la primera sección ¿ya? Y dentro de esa primera sección hay una oficina, que originalmente como este era un salón multiuso era una bodega ¿ya?, pero esa bodega se adaptó para ser oficina, en donde funcionan los profesionales que son de oficina de la discapacidad, ahí funciona como el centro neurálgico de la oficina, el resto es CCR. Entonces en estas secciones que tiene la oficina, en la primera están todas las camillas y máquinas que yo les dije que trabajan los kinesiólogos y terapeutas ocupacionales. Después hay un box, que es un box armable en realidad, está hecho con paneles que se pueden desplazar, en donde funciona un kinesiólogo eee que trabaja con un eemmm no es kinesiólogo propiamente tal del CCR ni de la oficina, sino que es un kinesiólogo de un consultorio que está cercano, que está aquí atrás del estadio, pero él hace la atención de sus usuarios, la hace acá, y esa atención es solo de aspectos osteomusculares ¿ya? Sólo lo que los kines llaman traumas en el fondo ¿ya? Y ahí se hace fisioterapia principalmente, lo que ustedes conocen ultrasonido, la estimulación eléctrica ¿no cierto? los TENS, la terapia termal también ¿ya? para las contracturas, todas esas cosas, y ahí se atienden solo parte traumas no es patología neurológica como trabajamos nosotros, eso está dentro de la primera sección. Después viene una separación que también es movable y ahí hay otro box armable donde trabaja otra fonoaudióloga ¿ya? que es otro de estos profesionales no estables, pero que llegaron por diferentes gestiones acá al CCR ¿ya? trabaja otra fonoaudióloga. Frente a ese box hay otro box armable, que es un poquito más grande, en donde trabaja un kinesiólogo a cargo de la maso-terapia ¿ya? él trabaja con alumnos del instituto profesional de Chile que son de la carrera de maso-terapia, de maso-terapeuta y ahí hacen masajes abiertos a la comunidad bosquina ¿ya? eemmm y finalmente luego de este box armable, viene otra sección que es espacio libre, pero que nosotros utilizamos en el fondo para hacer nuestras reuniones, ya que es el espacio más alejado, que está más lejos de la entrada que generalmente hay personas esperando en la recepción, para que no haya entorpecimiento de ninguno de los 2 ambientes, de un lado y otro, nosotros hacemos nuestras reuniones allá al fondo, hacemos presentaciones, hay un telón, mesas con sillas ¿ya? pero ese espacio generalmente, si bien lo tenemos destinado para hacer todas las reuniones, si bien hacemos muchas reuniones nosotros a lo largo de la semana, nos reunimos mucho para conversar diversos temas, ese espacio que a pesar que está destinado a esas cosas, es de libre disposición en realidad, porque nosotros eemmm entendiendo que este es un salón multiuso, tenemos igual la responsabilidad de que si bien administramos el lugar nosotros lo prestamos para muchas cosas, entonces como estamos dentro del estadio municipal, funciona allá adelante la oficina de deporte, si la oficina de deporte necesita hacer una reunión con mucha gente también se les presta el espacio de allá atrás. En

estas épocas de lluvias por ejemplo, generalmente durante todo el año hay un grupo de adultos mayores que hacen ejercicio, gimnasia ya sea deportiva o recreativa en las canchas que están acá atrás, en esta época como está lloviendo es posible que hagan alguna de sus clases aquí adentro para no perder la clase mientras está lloviendo, también prestamos los espacios para eso. Eso es toda la sección este digamos. Y para el ala oeste, en donde estamos ahora, tenemos 2 box ya y la cocina del centro; uno de estos box es donde nosotros estamos ahora donde funciona fonoaudiología y en el box que está aquí a nuestra izquierda funciona el área de psicología ¿ya? es un box más grande, más agradable, tiene un sillón por eso es destinado al área de psicología como para dar un ambiente un poco más grato y más privado también, es el box más arrinconado acá en el centro. Así se distribuyen los espacios.

E: ¿cómo cuáles son las funciones de cada uno de los profesionales aquí en el CCR?

E1: Nuestra principal función es entregar un servicio pertinente y de calidad a las personas que están en situación de discapacidad producto de patologías neurológicas ¿ya? esa es como la principal responsabilidad. Desde aportar desde la expertiz de cada uno al desarrollo de los planes también de trabajo de cada persona, ejecutarlos por supuesto y conseguir los objetivos generales que nos planteamos como centro junto con las personas, eso como principal responsabilidad. Ahora como nosotros no somos solo CCR sino que también somos oficina de la discapacidad, muchos de nosotros tenemos otras responsabilidades también ¿ya? ee por ejemplo dentro de las líneas de trabajo que yo les decía que tiene el CCR, yo estoy a cargo de la línea de promoción ¿ya? de prevención perdón. Entonces en la línea de prevención se hacen una serie de eemmm de charlas por ejemplo diferentes acciones que están destinadas a ser la prevención de la discapacidad ¿ya?

E: ¿Charlas a la comunidad?

E1: charlas a la comunidad pero nos enfocamos principalmente en estas personas que están agrupadas en agrupaciones de personas con discapacidad ¿ya? pero sí, son a la comunidad en el fondo ¿ya?

E: ¿Qué temáticas abordan en esas charlas?

E1: Por ejemplo, condicionantes de salud como tabaco, medio ambiente, actividad física, alcohol y drogas, cosas así ¿ya? Ahora otros profesionales están a cargo de las otras líneas también, la línea de promoción de la salud, eemmm de la línea de desarrollo comunitario también uno de los trabajadores sociales también está a cargo. Hay un conjunto de series que

se establecen en la planificación anual del centro ee un conjunto de acciones a desarrollar están a cargo de diferentes profesionales

E: ¿Y esas acciones en particular son del CCR y de la oficina o solo del CCR?

E1: No, son de la oficina ¿ya? Acuérdense que el CCR es una de las acciones que se realizan dentro de estas áreas de trabajo ¿cachai? Una de las áreas de trabajo es rehabilitación, entonces la acción a desarrollar es prestar el servicio de rehabilitación física a personas con discapacidad ¿cachai? Entonces el CCR es una acción de la oficina de discapacidad.

E: Y en relación a la prevención, ¿la comunidad participa en las charlas, en las actividades, es como activa?

E1: Ahora hay que entender que estas charlas nosotras las hacemos, por ejemplo ahora yo estoy organizando una charla que es para la próxima semana en donde se invita a 2 miembros de cada organización, hay alrededor de 12 o 13 organizaciones de personas con discapacidad dentro de la comuna y se invita a 2 miembros, porque no sé, supone que cada organización tiene 20 miembros, entonces no podí estar haciéndolas todas ni haciendo una charla cada semana para cada organización de personas con discapacidad. Entonces se aborda la temática una vez y se invita a representantes de cada organización con la idea de que se les entrega el material y ellos difundan dentro de sus propias organizaciones y su comunidad en general ¿ya? para que difundan la misma información.

E: Respecto del CCR no sé si nos puedes compartir un poco en cuanto a la visión que tiene, digamos, esta institución.

E1: se las puedo mandar por correo (se ríe) como para no estar craneándome ahora. No me acuerdo cuáles son las palabras exactas pero se las puedo mandar ¿ya? Una idea general, la visión es ser digamos eemmm plantear el estándar más alto dentro del país en lo que se refiere en rehabilitación física e inclusión social ¿ya? esa es como nuestra idea, llevar la batuta en el fondo.

E: Dentro de esa misión/visión ¿ustedes cómo ven al paciente o al usuario?

E1: A ver. Nosotros la visión que tenemos de las personas, de partida no son pacientes, porque de hecho no nos interesa de que sean pacientes nos interesa de que sean impacientes. Nos interesa que nos exijan, que nos pidan muchas cosas ¿ya? nosotros trabajamos con las personas aammm nosotros para trabajar con las personas necesitamos que ellos vengán acompañados de otra persona que nosotros llamamos monitor, puede ser llamado también

cuidador, acompañante ¿ya? Pero la idea de nosotros, la idea de cualquier CCR debiese ser por definición el transmitir herramientas a las personas para que se hagan cargo de su situación de salud dentro de su comunidad. Por lo tanto, nosotros no rehabilitamos personas ¿ya? sino lo que nosotros hacemos es orientarlos o educarlos de cómo pueden rehabilitar sus diferentes discapacidades ¿ya? eemmm y a través de la transmisión de estas herramientas ellos poder replicar todas esas acciones en la casa ¿ya?

E: ¿Cómo lo haces como fonoaudiólogo para poder cumplir como con esa visión?

E1: Yo como fonoaudiólogo por ejemplo no sé, tengo un paciente que tiene afasia por ejemplo ee viene la persona ee el usuario con su acompañante y yo le demuestro una actividad que tiene por objetivo trabajar equis cosa no sé, por ejemplo, el aumento del léxico ¿ya? esa actividad yo les demuestro cómo se hace, les propongo qué material pueden utilizar, a veces se los doy yo o les digo “mire busquen tal y tal cosa para preparar este material que queda de esta forma y lo van a trabajar así en la casa”, y yo durante la sesión le demuestro al acompañante cómo se trabaja esa actividad y ellos quedan con la tarea de aplicarlo durante la semana que no nos vamos a ver hasta la próxima sesión. La próxima sesión se evalúa, se les pregunta cómo lo hicieron, qué problemas tuvieron, si tiene alguna duda de cómo se realiza, se les pide que demuestren cómo se realiza, se realizan eemmm yo implemento los ajustes que crea necesario y propongo la misma actividad o evoluciono esa actividad o hago otra actividad dependiendo de cómo vaya avanzando la persona. Y así en el fondo lo que yo voy haciendo en cada sesión, claro yo trabajo con la persona pero mi intención no es generar un cambio en la persona sino demostrarles cómo ellos van a realizar el cambio trabajando a través de los diferentes días en su casa.

E: ¿Y cómo que dentro de la terapia tú solo tienes conocimiento de la persona o también van a visitar a las casas o conocer más a la familia como para conocer un poco más el entorno?

E1: Ya. Ahí tendría que contarles un poco del ingreso al centro. Eemmm una persona ingresa al centro, bueno primero la persona tiene que estar inscrito en alguno de los CESFAM de la comuna, tiene que ser beneficiaria digamos de los servicios de salud de la comuna ¿ya? estando inscrita en algún consultorio puede llegar una interconsulta que puede venir desde el hospital por ejemplo una vez que la persona ha tenido un accidente vascular, puede llegar una interconsulta desde el consultorio ¿ya? eemmm

E: ¿y tienen que ser hospitales de la comuna o pueden ser ...?

E1: No, no no. Pueden ser de los de referencia que son el Barros Luco y el hospital El Pino.

E: ya ¿pero son solo esos 2?

E1: Esos 2 porque son los que trabajan con la población de nuestra comuna (**E: ¡a ya!**) porque las personas que atendemos tienen que ser de esta comuna, ¿ya? y eso lo comprobamos porque están inscritas en los CESFAM de la comuna. Entonces puede llegar la derivación o puede llegar la persona también con la inquietud de que si acá se le puede hacer rehabilitación ¿ya? si llega por consulta espontánea digamos nosotros le decimos “sí mire pero hay un conducto regular que seguir ¿usted está inscrito en un consultorio de la comuna? Si está inscrito en el consultorio, vaya y pida una interconsulta para acá”. Llega la interconsulta, puede llegar la interconsulta a través de la persona o de los hospitales, los mecanismos que ya les expliqué, y esa interconsulta ingresa a una lista de espera ¿ya?. Cuando llega el momento de que XX, llego su hora en la lista de espera, el día lunes de esa semana que va a ingresar XX va el trabajador social a visitarlo a su casa y hace la evaluación de todo lo que ve el trabajador social ¿ya? Ve el aspecto socioeconómico, el estado de conservación de la vivienda, visualiza otras cosas que más adelante nos sirven también como el estado del entorno, si el lugar es asequible o no, si podría desplazarse por una silla de ruedas por ejemplo, si se podría usar un bastón en ese terreno, etc etc etc. ¿ya? mil etc en general. Eso es el día lunes en la mañana. Ese día lunes en la mañana junto con XX hay 4 personas más que están ingresando, es decir, todas las semanas 4 personas ingresan a hacer su rehabilitación al centro, todas las semanas hay 4 personas nuevas ¿ya? Entonces durante toda la mañana, el trabajador social visita a 4 personas ¿ya? Llega el día martes y el día martes la terapeuta ocupacional o el terapeuta ocupacional va a visitar a las mismas 4 personas que visitó el trabajador social el día lunes ¿ya? hace su evaluación el terapeuta ocupacional eemmm ve la mmm la nueva distribución de roles que se ha producido luego de la discapacidad, las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales que se han visto interferidas, eemmm evalúa también las ayudas técnicas que posee la persona, la necesidad de hacer modificaciones dentro del hogar, etc, toda la evaluación ocupacional de lo que yo les estoy dando un pincelado no más porque tampoco es mi especialidad ¿cachai? Entonces, y todas esas personas que el o la terapeuta ocupacional visita durante el día martes les dice “ya mire, entonces mañana miércoles usted va a ir a tal hora con tal profesional al centro” ¿ya? entonces llega el día miércoles y el día miércoles en la mañana son los ingresos, entonces todas esas 4 personas que fueron visitadas el lunes por trabajador social y el martes por terapeuta ocupacional, vienen el día lunes con todos nosotros, por ejemplo XX vienen a las 9 de la mañana y tiene atención conmigo, después a las 9:45 tiene evaluación con el kinesiólogo, después a las ... después del kinesiólogo siempre hay una rato

de descanso 45 minutos entendiendo que la actividad física es un poquito más compleja para las personas con discapacidad física ¿ya? entonces hay un bloque de descanso que serpia de 9:45 a 10:30 y a las 10:30 parte de nuevo por ejemplo con kinesiología perdón con psicología eee y a las 10:30 después son 45 minutos, son las 11:15 eee la evaluación, no po son 3 no más porque ya fueron evaluados por otros profesionales eee entonces los miércoles evalúa kinesiología, fonoaudiología y psicología ¿ya? todo el miércoles está eso. Hay personas que llegan a distintas horas, a las 9 parten el proceso algunos, otros a las 9:45, ya, pero no sé, la persona que llega a las 9 como está tratando con muchos profesionales, a esa persona yo la evalúa como a las 12 ¿cachai? Están casi prácticamente toda la mañana acá ¿ya? Se termina ese proceso de evaluación y las personas se van a su casa. El día jueves continúa la atención normal y el día viernes en la mañana es día de reunión de ingresos, de casos. Entonces estas 4 personas que se hizo la evaluación eee nosotros nos reunimos con ficha de la persona en mano, nos reunimos entre todos, profesionales, alumnos y todos, hacemos una reunión gigante en este espacio que yo les decía, que es al fondo, porque se hacen muchas reuniones, nos reunimos todos los alumnos que están en el centro que están haciendo su formación, todos los profesionales y conversamos sobre cada caso. Cada profesional expone lo que pudo encontrar, siempre teniendo la orientación sí, nosotros partimos dando los datos personales, después se se agregan al caso todos los datos contextuales que cada uno ha podido recabar y después se establece cuál es el rol que la persona tiene interferida que en fon... ¿por qué? Porque eso es una discapacidad. La discapacidad es eemmm interferencia de algún rol ¿ya?, la poca capacidad de participar ¿ya?, la restricción de la participación, eso es discapacidad. Entonces se establece cuál es su restricción de la dis... de la participación, por ejemplo esta persona tiene alterado el rol social o el rol laboral, entonces el objetivo probablemente va a ser restablecer el rol laboral ¿ya?, entonces después que se establece la participación se ve qué actividades están afectadas y que son responsables de que la persona no pueda cumplir con su rol laboral ¿ya? entonces después de establecer eso se ve qué estructuras y funciones están prohibiendo que se realicen esas actividades que a su vez están limitando la participación ¿ya? eee y una vez hecho todo ese análisis donde cada profesional expone lo que pudo ver desde su expertiz, se establece un objetivo general y después del objetivo se establecen líneas de acción, entonces se hace un cuadro, en donde están actividades, ¡no! contenidos a trabajar, actividades y responsable, por ejemplo el contenido puede ser eemmm nivel socioeconómico bajo ¿ya? donde el responsable va a ser claramente el trabajador social y la actividad que va a implementar por ejemplo va a ser una orientación sobre los beneficios sociales a los que puede optar teniendo el registro nacional de la discapacidad ¿ya?. Otro contenido a trabajar puede ser eemmm trastorno del lenguaje donde el responsable claramente va a ser el fonoaudiólogo y la

acción va a depender de lo que tenga la persona, no sé po, si ese trastorno de lenguaje es efectivamente una afasia, no sé una afasia de Broca ponte tú, ya, la acción generalmente se pone en términos generales, por ejemplo intervención de eemmm la comunicación dirigida a lo expresivo por ejemplo, ya lo pongo, no se pone como el detalle.

E: En ese objetivo, ya, del fonoaudiológico ¿participan todos?

E1: Participan todos

E: ¿Es como más interdisciplinario?

E1: Sí. Tratamos de ser trans, a veces lo logramos y a veces no. Eee es un trabajo interdisciplinario.

E: ¿Pero entonces a veces evalúan todos en conjunto al paciente?

E1: Hay situaciones en que sí, no siempre, porque nosotros también debemos cumplir con eee una (cómo decirlo) con cierta productividad y por lo tanto no podemos destinar las mismas horas a que 2 profesionales estén ocupados con una misma persona por ejemplo, porque tenemos que cumplir con ciertos estándares también, porque nuestros recursos vienen de la comuna, influye también ... nosotros influimos en la estadística mensual del área de salud de la comuna también. Entonces tenemos que cumplir con ciertos rendimientos entonces no siempre podemos evaluar todos juntos porque sería desaprovechar que hay muchos profesionales ¿ya? Entendiendo que sería un provecho para la persona ¿cachai? Y para su caso, tenemos que cumplir con otros estándares, no nos podemos permitir evaluar todos junto, en ocasiones lo hacemos y en ocasiones intervenimos todos juntos a veces.

E: ¿Y de qué depende?

E1: Depende de lo provechoso que es para la persona eee y eso, saber si va a ser provechosos o no depende de cuál sea el objetivo que nos hayamos establecido entre la persona y nosotros, lo que la persona quiere lograr con lo que nosotros pensamos que podemos aportar ¿ya?. Ahí va a depender de si tiene sentido o no tienen sentido que trabajemos todos al mismo tiempo o cada uno va ensamblando las diferentes partes para conseguir el objetivo general.

E: eee ¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes, con los que llega la gente?

E1: ¿Diagnóstico neurológico?

E: Sí

E1: eemmm lo más frecuente son accidentes vasculares eee después eee en frecuencia vendría las enfermedades degenerativas y finalmente los TECs, y dentro de lo que atendemos vemos algunos síndromes poco frecuentes, vemos también, como miotonía eemmm y eso.

E: Ya ¿y desde la perspectiva fonoaudiológica?

E1: ¿desde la perspectiva fonoaudiológica? Lo más frecuente son los trastornos cognitivos comunicativos, después vendría la afasia ¡no, mentira! trastornos cognitivos comunicativos, disartria y afasia.

E: ¿Y deglución?

E1: Deglución estaría al final, después de afasia.

E: Ya. ¿Cómo se organiza la atención fonoaudiológica?

E1: ¿En qué sentido?

E: En todo sentido

E1: Es que no entiendo (risas)

E: (risas) Me refiero a una vez que ya han hecho este plan, digamos interdisciplinario, transdisciplinario, una vez que se han propuesto los propósitos, los objetivos de intervención y las líneas de acción por profesional que trabaja acá o que va a trabajar, digamos, con el usuario eee ¿cómo se organiza la atención fonoaudiológica para llevar a cabo ese plan de intervención (en términos de horario, en términos de atención, de la actividad misma, de participación de la familia, etc)?

E1: Bueno, eemmm todo depende de, como tú bien decías, del objetivo general ¿ya? si el objetivo general implica que hay que trabajar en el hogar por ejemplo, puede ser que a esa persona se le atienda en el hogar ¿ya? o puede ser que la persona venga acá al centro a atenderse ¿ya? va a depender de cada caso particular. Eemmm las personas vienen acá con cualquiera, no solo conmigo; vienen una vez a la semana por lo general, hay casos que también vienen más veces a la semana, pero lo estándar es que vengan una vez a la semana y en esa semana los atienden todos, o sea, ese día que vienen los atienden todos. Entonces por ejemplo, no sé, todos los lunes en la mañana vienen XX a atenderse con kinesiología, después con psicología, después con fonoaudiología y después con terapia ¿cachai? Eemmm o puede ser que algunas personas que se atienden dos veces a la semana se les distribuya de a 2, no sé, para que sea menos extenuante los días lunes ponte tú en la mañana viene con kinesiología

y con psicología, y los días jueves en la mañana viene con terapia ocupacional y fonoaudiología ¿ya?. Se les atiende cada 45 minutos y eso po, las sesiones son organizadas como les conté un poquito antes como cualquier sesión que ustedes conozcan, al principio hacer un rapport más o menos eemmm dar la bienvenida, revisar las actividades encomendadas para el hogar, eemmm dejar bien en claro el objetivo que se va a trabajar en el día, se muestra la actividad y se dan las nuevas actividades para el hogar para continuar así el proceso.

E: ¿Cuánto tiempo se le dedica a cada sesión?

E1: 45 minutos.

E: ¿Qué pasa si o cada cuánto tiempo se evalúa el progreso del paciente, en términos fonoaudiológicos?

E1: Ya, es que me cuesta un poquito desligarlo de como el objetivo general, porque trabajamos todos súper metidos en ese enfoque, porque no puedo trabajar aislado ¿cachai? Eemmm entonces no hay un tiempo establecido en que yo haga una evaluación trans-terapéutica ¿ya? no es que yo diga “ya a esta persona la voy a atender 3 semanas, 1 mes y voy a hacer una nueva evaluación “ no, porque va dependiendo de cuál es el objetivo general aquí en el centro, porque de repente tienen que entender que eemmm la intervención que nosotros hacemos no es asistencialista, entonces como les decía, yo no pretendo cambiar nada de la persona, yo no voy a mejorar a la persona, yo la estoy orientando en su rehabilitación.

E: Les da las herramientas

E1: Le doy las herramientas, yo le explico cómo tiene que hacerlo, y la oriento, y desde mi especialidad por supuesto entiendo que yo soy el profesional que vigilo más o menos si se están haciendo las cosas bien o no, pero yo también entiendo de que yo no tengo ninguna autoridad más allá para decir si se están haciendo las cosas bien o no ¿cachai? Entonces es como súper delicado ese tema. Entonces no hay un tiempo establecido, porque a veces el objetivo, a pesar de que la persona puede tener desde lo fonoaudiológico un trastorno muy complejo, a veces el objetivo es muy corto ¿ya? entonces yo no pretendo a lo mejor rehabilitar su afasia, no pretendo dejarlo competente lingüísticamente, pero si yo cumplo con la competencia comunicativa y eso permite, no sé, restablecer el rol social por ejemplo, el trabajo está cumplido ¿cachai? Entonces puede ser que el trabajo con una persona sea de 1 año y medio y puede ser que con otra persona el trabajo sea de 1 mes ¿cachai? Porque todo va a depender de cuál sea el objetivo. Ahora de la forma en que estamos trabajando actualmente no debiese ser el trabajo de una persona de 1 año y medio por ejemplo, porque ya es demasiado,

entonces nos establecemos objetivos a súper corto plazo ¿ya? eemmm y vamos dando ventanas terapéutica, entonces damos altas relativas, en 3 meses más vuelve la persona y nosotros solo le pedimos como compromiso que mantenga las habilidades adquiridas para poder establecernos ahora un objetivo mayor y seguir trabajando ¿cachai? Pero no te puedo decir así que cada cierto tiempo, no te puedo decir cada cuánto tiempo se dan las evaluaciones, porque no es algo estable.

E: ¿objetivos a corto plazo, digamos, qué significa eso? ¿es cada una semana, cada viernes cuando tienen las reuniones?

E1: Nosotros lo que sí vamos haciendo, por eso te decía que no puedo diferenciarlo un poco. Si tú me preguntai desde lo fonoaudiológico no te puedo decir cada cuánto ¿cachai? Si tú me lo preguntai desde el centro, nosotros todos los días que le toca a la persona por ejemplo, o sea cada semana, nosotros vamos evaluando su progreso ¿cachai? Porque todos los días dentro de este horario de atención, entre las 8:30 y las 9, y entre las 1:30 y las 2, nosotros hacemos una reunión de evolución, en donde nos reunimos y conversamos los casos del día; decimos “ya, hoy día está XX, conmigo está trabajando tal cosa, va súper bien, necesito que los kines me ayuden con esto, porque estoy identificando que está este problema, no sé, estoy trabajando respiración para la disartria necesito que los kines le aumenten la capacidad pulmonar y le aumenten la resistencia al esfuerzo” ¿cachai? para poder trabajar mejor el tema de respiración en fono articulación ¿cachai? El terapeuta ocupacional dice “sí, hicimos las adaptaciones necesarias, si la persona tienen un dolor tenemos que hacer un co-adaptador de hombro, hay que hacerle tal sugerencias en el hogar porque tuvo unas caídas, etc, necesito que los fonos me ayuden con esto porque no entiendo tal cosa, porque la familia necesita conocer este término, la persona no se puede comunicar” no sé ¿ya? entonces esas evaluaciones como centro, como equipo, las vamos haciendo eemmm a lo largo de todas las semanas ¿cachai? Entonces si la persona le toca todos los lunes, todos los lunes en la mañana vamos a tener que hablar de esa persona. Hay días por supuesto que uno dice “no, hoy día no hay nada nuevo que contar, seguimos avanzando pero estamos en lo mismo que estábamos la semana pasada, por ejemplo estamos repitiendo las actividades, hay poca evolución” ¡que pasa! A veces no hay nada que decir de las personas o a veces hay mucho que comentar de las personas o a veces hay que decir, no sé po, “no sé saben qué esta semana yo identifiqué que hay como una mala relación entre la persona y su acompañante, necesitamos derivarlo a psicología para que vea cómo está la dinámica familiar” ¿cachai? Así, entonces, claro yo les decía a veces no logramos ser trans-terapéuticos, pero si tú me preguntai por eso de las evoluciones por eso no puedo decirte a cuánto evaluó porque yo soy parte del equipo y

trabajamos como equipo por la persona, entonces yo no tengo mis propios objetivos ¿cachai? Todo va en función del equipo, por eso las re-evaluaciones trans-terapéuticas tienen que ser todas las semanas y con todo el equipo ¿cachai? Entonces así se va midiendo. Yo solo no lo hago, pero todas las semanas hablamos de las personas.

E: Ya. Una pregunta como distinta ¿cómo ha sido su experiencia de llegar a este centro y que no habían fonoaudiólogos trabajando previamente?

E1: Como en todos los lados que me ha tocado trabajar en realidad, lo que yo les contaba, es difícil desde la parte de la educación, eemmm a los demás profesionales es una disciplina que se conoce poco, por lo menos lo que a mi me a tocado, ahora ya está un poquito más avanzado el tema. Eemmm es una disciplina que se conoce poco, eemmm en los CCR históricamente no hay mucho fonoaudiólogo ¿ya? hoy en día hay un poquito más, pero históricamente ningún CCR tenía fonoaudiólogo eemmm entonces fue difícil, lo bueno es que la gente, los chiquillos ya me conocía, como yo les decía, porque ya había trabajado, entonces esa necesidad yo ya la había empezado a crear.

E: ¿No ha tenido más dificultades?

E1: No, no. Pero un poquito, bueno la dificultad con ellos no ha sido cómo en mala onda, en ese sentido no he tenido dificultad ¿cachai? Pero dificultad profesional de un poco demostrarles que lo mismo que ellos ya estaban haciendo ahora se puede hacer diferente porque yo lo veo de diferente manera, eso ha sido un poco complicado ¿ya?. Hoy en día ningún problema.

E: ¿Involucrar la mirada del fonoaudiólogo?

E1: ¡Claro! Hoy en día ningún problema, porque los chiquillos de hecho están súper involucrado con el tema fonoaudiológico ¿cachai? Ya determinan al tiro cuando es necesario que intervenga el fonoaudiólogo, si no se ha considerado antes, entonces están súper prendidos con ese tema. Además que no sé po, ponte tú todos sabemos lo que hace el otro y en ese sentido también somos muy muy trans-disciplinarios ¿cachai? Porque yo les decía, por ejemplo si el lunes el trabajador social va a ver a la persona, cuando llega acá nos cuenta “tiene serios problemas de comunicación. Yo creo que necesita fijo intervención del fonoaudiólogo” ¿cachai?. No puedo no evaluar eso. No sé, el mismo trabajador social, como les decía, a veces hace evaluación en terreno y del hogar, entonces dice “yo creo que necesita adaptaciones técnicas en el baño- que eso es función de los terapeutas ocupacionales” ¿cachai? Entonces tenemos todos esa eemmm ese aprendizaje un poco y herramientas como para poder decir “no sé sabí que esto necesita de la otra áre”- eemmm y emitir nuestro juicio también, que en eso también somos

trans-disciplinarios po ¿cachai? Igual no sé po, si los kines están discutiendo “no, vamos a trabajar esta cosa” yo también le digo “pero yo creo que mejor sería trabajar esto otro o esta otra habilidad motora” ¿cachai? Así nos vamos metiendo unos con otros,

E: ¿Entonces se va respetando la opinión?

E1: ¡Sí, sí claro, por supuesto! También se respeta que lo que dijo el kinesiólogo es lo que es porque es el que sabe de su tema, pero se considera mucho la opinión del resto, entonces si uno dice “sabí que en realidad no hay que trabajar marcha y hay que trabajar más eee las reacciones de balance primero” ponte tú, obviamente se va a respetar, pero el kinesiólogo finalmente es el que tiene la última palabra, eso sí se respeta.

E: Personalmente este trabajo en equipo, ¿cómo lo considera, le gusta, es lo que buscaba?

E1: Me gusta aamm es que lo veo más desde los usuarios ¿ya? me gusta por supuesto, sí es lo que yo buscaba eemmm, pero lo que más me importa es que sea provechoso para las personas ¿ya? porque trabajamos con personas, de hecho ¿ya? no trabajamos con afasias, trastornos de la marcha ¿cachai? Trabajamos con personas que son un todo, entonces es una forma que a mí me acomoda mucho, desde el punto de vista que sé que podemos ayudarlos, que es muy provechoso.

E: ... eemmm ... ¿en conocimientos, digamos, eee del paciente, en dónde vive, de la familia, es solo de la asistente social o ...?

E1: Es que todos hacemos nuestra entrevista. Cada profesional hace su entrevista, pero como yo les decía, hay que cumplir con ciertos estándares y hay que aprovechar los tiempos, no podemos tampoco todos indagar sobre todo, entonces claro, principalmente el trabajador social se conoce la historia familiar como eemmm la o el terapeuta ocupacional también van a la casa también es factible que ellos recaben mucha información desde la dinámica familiar ¿cachai? Eemmm claro, fundamentalmente a través de ellos 2, pero todos en el fondo indagamos un poco. Lo bueno es que como tenemos nosotros, todos, contacto directo con el cuidador o monitor como con la persona, nosotros sacamos como la película entre todos ¿ya? todos podemos indagar un poco al respecto, pero sí, la principal responsabilidad, en ese sentido, es del trabajador social y de los psicólogos claro.

E: ¿Usted cree que como el trabajo en este lugar da la posibilidad de poder desenvolverse finalmente como fonoaudiólogo o como usted lo quiere hacer, o le haría algunas modificaciones?

E1: Es que depende de lo que tú creas que es eee el desenvolverse como fonoaudiólogo (**E: Para usted.**) Para mí sí, plenamente ¿cachai? Porque esto es lo que a mí me gusta y esto es lo que yo quiero hacer ¿ya? Ahora no sé ...

E: ¿Le gustaría como trabajar otro aspecto de forma más ideal?

E1: No trabajo lo que yo idealmente quisiera ¿cachai? Ahora no sé tú, si hay otro fono que le gusta más trabajar con niños, está permitido acá.

E: Pero, por ejemplo, ¿usted cree que satisface las necesidades de los usuarios?

E1: ¿Yo como fonoaudiólogo? (**E: sí**) Sí... Es que o dudé porque lo que me pasa es que ... haber... es que yo no tengo una necesidad que satisfacer de las personas ¿cachai? Por no es asistencialista mi atención ¿cachai? Entonces lo que ellos me piden a mí, sí, yo los satisfago ¿cachai?, pero plantearlo así como yo satisfacer las necesidades de los usuarios no, yo soy como una orientación como te explicaba ¿cachai? Pero en términos generales la respuesta es sí ¿cachai? Yo creo que aquí hago lo que tengo que hacer y eso sirve para lo que necesitan las personas de mí.

E: ¿En qué se diferencia este modelo de atención del asistencialismo?

E1: Porque en el asistencialismo siiii a ti te duele la guata vas al doctor para que te cure el dolor de guata y yo voy al doctor y le exijo “doctor yo le pagué un bono así que cúreme el dolor de guata “¿cachai? Aquí las personas llegan muchas veces con la misma pará y me dicen por ejemplo mmm eemmm “ya dígame lo que tengo que hacer” y yo le digo “es que no puedo decirle lo que tiene que hacer, yo lo voy a orientar “pero cómo, usted es el doctor” y ¡no! ¿cachai? “Yo le voy a ayudar a que usted mismo solucione su problema, lo voy a orientar porque yo manejo el tema” ¿cachai? Pero yo no soy nadie para poder decirle Entonces una de las diferencias fundamentales por ejemplo, un par de cosas muy básicas a cosas más complejas. Algo muy básico es que aquí no se usa delantal y ningún uniforme, yo con esta misma ropa ando en mi casa ¿cachai? Aquí somos todos iguales, Por lo general, los usuarios no nos llaman de ninguna manera en particular, por nuestros nombres ¿ya? eemmm nos tutean muchos de ellos y nosotros también a ellos ¿cachai? Hay una relación muy cercana con los usuarios ¿ya? eemmm me dicen no sé po “oye XX sabí que me costó hacer esta actividad porque tal y tal cosa, yo creo que tenemos que arreglarla porque me cuesta mucho hacer esto”

“ya sí” le digo yo, entonces es una relación súper cercana, no es como el doctor, una relación más horizontal no jerárquica ¿cachai? eemmm En otras cosas un poco más complejas por ejemplo en que el diagnóstico es participativo ¿cachai? Entonces dentro de mi evaluación como fonoaudiólogo, yo también determino lo que la persona cree que necesita de mí ¿cachai? Entonces mi evaluación siempre parte diciéndole eee “mira XX ¿usted ha ido antes al fonoaudiólogo?” “no, nunca he ido” “¿sabe lo que hace un fonoaudiólogo?” “no, no sé lo que hace un fonoaudiólogo” “ya mire, un fonoaudiólogo se dedica a estas cosas fundamentalmente ¿ya? lo que vemos acá es cognición, deglución y comunicación, esas cosas son las que hace” le explico más o menos en qué consiste cada una de esas cosas y les digo “ya, con esa explicación muy básica ¿usted cree que hay algo en que pueda ayudarle o no?” y me dice “sí, sabe que me cuesta escuchar, me cuesta trabajar” la pila de cuestiones que me pueden decir ¿cachai? Entonces yo enfoco mi trabajo a eso ¿por qué? Porque si la persona no visualiza su problema como un problema, no hay nada que hacer, es lo mismo que las adicciones, si el adicto no se quiere rehabilitar no lo vai a lograr jamás y yo tampoco. Ahora entendiendo que yo soy el especialista en comunicación y deglución, yo a veces puedo visualizar que la persona me dice “no, no hay ningún problema” pero yo digo “no, sabí que en realidad sí hay algo que te puede dificultar en lo que tú quieres lograr”, porque yo estoy pensando en cuál va a ser el objetivo del centro, entonces lo que la persona me dice “¿sabí? Lo que yo quiero al venir al centro es poder volver a trabajar” y me dice “pero tú no tení nada en lo que ayudarme” y yo veo que hay millones de problemas en funciones ejecutivas y me dice “no, no tengo ningún problema” y yo tengo que empezar a equilibrar un poco la cosa, le digo “mira, ¿sabí qué? Podría ser que si tú quieres volver a trabajar, esto que no pudiste hacer acá te dificulta un poco” y me van diciendo “a sí, toda la razón” ¿ya? entonces yo tengo algo en lo que ayudarte ¿cachai? Pero me pasa mucho, por ejemplo con los trastornos que son más de hemisferio derecho ¿ya? donde suelen pasar más piola esas cosas, como el procesamiento emocional por ejemplo, eemmm a veces me dicen “no, yo no tengo nada” y yo veo que tiene problemas del procesamiento de la emoción, pero a lo mejor eso no tiene relación con lo que está generando su discapacidad, no tiene relación con el objetivo que quiere lograr, entonces ahí no me voy a meter a ayudar, le voy a decir “ya, bueno, tienen razón ¿cachai?, no tienes nada en lo que yo te pueda ayudar”. En eso se diferencia, en que yo no soy nadie para decirle a la persona “mira, tú tienes una discapacidad, tienes un problema y yo te voy a sanar o te voy a ayudar a sanarlo” ¡no! Porque aquí el diagnóstico es participativo. Si tú me dices que tienes un problema, yo voy a ayudarte en eso, si me dices que no tienes un problema con mi expertiz podría decirte “sabes qué podría ser un problema así que necesitamos trabajarlo en conjunto un poco ¿te interesa o no te interesa?” también, porque la persona puede decir “ya, sabí que sí es un problema pero

no me interesa trabajar contigo” ya, no tengo nada en qué meterme, porque yo no soy nadie para decirle a la persona que necesita mi ayuda ¿ya? en eso se diferencia.

E: Esta estrategia que tú nos cuentas ¿en qué fundamentos teóricos se basa?

E1: Se basa en el concepto RBC y del concepto RBC pueden encontrar mucha información en internet, seguramente se los van a decir o ya se los han dicho mucho y además si en su tesis ya han estudiado mucho, se basa en concepto RBC fundamentalmente ¿ya? yo diría que nada más que eso, la posición conjunta de la Organización Mundial de la Salud y los lineamientos generales que la Organización Mundial de la Salud establece para la RBC po ¿ya? Y por supuesto ~~la ley para la~~ la ley sobre personas ~~en~~ en situación de discapacidad ¿ya? la ley 20.420

E: ¿Se conversa en estas reuniones que ustedes tienen, digamos, semana a semana con los usuarios, eemmm digamos aspectos que tengan que ver con este modelo, con esta estrategia o ... ?

E1: ¡Sí!, mucho.

E: Conversaciones entorno ¿lo estamos cumpliendo, no lo estamos cumpliendo?

E1: Sí y nos cuestionamos mucho a veces en los que hemos tenido que cerrar la atención porque tenemos una discusión terrible sobre si estamos haciendo lo que tenemos que hacer o no eee y nos encerramos a conversar del tema todo el día, por ejemplo ¿ya? eemmm y sí siempre sale así como –no, esto no nos corresponde porque desde la RBC nosotros estamos haciendo esto , no nos corresponde hacer esto otro ¿ya?

E: ¿Cosas como qué no se pueden hacer desde la RBC?

E1: Desde la RBC por ejemplo, no nos corresponde lo que es asistencialista por ejemplo eemmm si la persona necesita tener su carnet de registro nacional de discapacidad, no nos corresponde a nosotros tramitarlo, no nos corresponde ir nosotros al COMPIN y llevarle sus papeles, es la persona la que tiene que hacerlo, nosotros la vamos a orientar a qué trámites tiene que hacer, dónde tiene que hacerlos, pero vaya usted y hágalos ¿cachai? Eemmm si las personas no tienen un monitor con el que trabajar y lo necesitan por ejemplo, a nosotros tampoco nos corresponde buscarles el monitor, nosotros los orientamos. En casos ~~de~~ muy complejos en que parte del problema es no tener redes de comunitarias, ahí nosotros ayudamos a buscar alguien que pueda ayudarle a hacer sus ejercicios en la casa o ese tipo de cosas, pero eso no nos corresponde, porque nosotros no somos asistencialistas, nosotros no

vamos a hacer las cosas por la gente ¿ya? eee entonces ahí entramos en la discusión “pero oye no nos corresponde” o no sé, la persona tiene un problema de adicción a las drogas tampoco nos corresponde a nosotros rehabilitarlo, tampoco nos corresponde buscarles un centro de rehabilitación, nosotros orientamos, recomendamos que primero es necesario trabajar eso antes que la rehabilitación física, busque dónde ir, mire, a este lugar, a este lugar puede ir, damos algunos lineamientos pero no vamos nosotros con las personas ¿ya? salvo también en casos en que eso sea parte de la discapacidad, ahí eso nos compete a nosotros resolver.

E: y ahí ¿en esas reuniones cómo resuelven esas diferencias de opiniones?

E1: Conversando en conjunto, llegando a un consenso, por eso a veces son reuniones complejas que nos toman una mañana, un día entero ¿ya? en donde hacemos una revisión desde lo teórico eemmm hacemos una revisión primero de lo que cada uno entiende sobre el tema en cuestión ¿ya? por ejemplo supongamos que es RBC en general “ya, pero eso no es RBC” “yo digo que eso sí es RBC” ya, juntémonos ¿qué pensai tú que es RBC? ¿qué pensai tú? ¿qué pensai tú? ¿qué pensai tú? Ya, entonces estamos más o menos de acuerdo o no, ya revisemos ahora desde lo teórico qué es RBC. RBC es esto, nos compete hacer esto, esto” y así vamos llegando a un consenso.

E: ¿Y cómo la estrategia como tú, fonoaudiólogo, la haz usado desde que entraste a este centro, en relación a la RBC son las mismas o las haz ido modificando?

E1: Pero no entiendo la diferencia del cuándo me estás diciendo.

E: Cuando comenzante

E1: ¿Antes de entrar acá?

E: No no no. Cuando comenzaste acá a ahora ¿haz como generado algún cambio?

E1: ¿En mí, en mi trabajo?

E: Claro

E1: Eemmm sí, porque mi trabajo se ha ido adaptando en el fondo a lo que son los objetivos del centro y a lo que puede aportar cada uno de los otros profesionales ¿ya? En eso, como les decía, ahí está lo trans-disciplinario un poco, que mi trabajo se ha visto influido también por lo que me recomienda el kinesiólogo, lo que me recomienda la terapeuta ocupacional, entonces claro yo hago mi trabajo de una u otra forma según las recomendaciones que ellos me hacen que son pertinentes al caso de la persona con la que estoy trabajando.

E: ¿Recomendación de qué tipo, como cuáles, de qué forma?

E1: Por ejemplo si el kinesiólogo está trabajando la tolerancia a la posición en bípedo ¿ya? que la persona esté de pie porque no tolera mucho, se cansa al minuto de estar de pie ¿ya? no tiene sentido que si el kinesiólogo recién hace 45 minutos trabajando la tolerancia en bípedo, yo trabaje con la persona sentada ¿cachai? Entonces yo tengo que introducir la modificación de que la persona trabaje de pie conmigo, considerando que el kinesiólogo me dice, no sé, “ cada 3 minutos que descanse 2 minutos en la silla y que se vuelva a parar y sigamos trabajando”. **(E: Ya.)** ¿Cachai? Eemmm si la terapeuta ocupacional, por ejemplo, una persona que tiene una hemiparesia eee facio-braquio-crural izquierda y no incorpora mucho la mano a pesar tener algunas posibilidades de moverla y estuvo 45 minutos la terapeuta ocupacional trabajando con la incorporación de las actividades bimanuales, no tiene sentido que yo la haga escribir todo el rato o que la haga tomar objetos solo con la mano derecha y la terapeuta me dice “sabí que incluyamos la mano izquierda en las actividades para que trabaje esa función” ¿cachai? Para que sea coherente la intervención ¿ya?. Si, perdón, si yo estoy trabajando por ejemplo eemmm la inteligibilidad y necesito que la persona articule mejor y tiene las capacidades de hacerlo pero se le olvida hacerlo, yo también tengo que decir “oye- al kinesiólogo –mientras tú estés haciendo tus ejercicios y le hagai preguntas pídele que te sobre-articule, que te gesticule bien para poder entenderle bien”, porque o sino no tiene sentido que yo esté trabajando 45 minutos algo y salga y se le olvide lo que yo estaba haciendo. Tiene que haber coherencia **(E: o que integre lo...)** Exacto.

E: Eemmm nos comentabas ~~hace un tiempo que~~ hace un rato que la, digamos, formación de pregrado no, en primera instancia, no servía mucho en las primeras experiencias laborales. Cuando llegaste acá, ¿sientes que esa formación que tuviste te ayudó, te sirvió?

E1: Es que a lo largo del trabajo te sirve tener esa base teórica de lo que les decía, lo qué es lo fisiológico y lo qué es lo patológico, lo podí ir integrando. El tema al que yo me refería cuando dije que hay un déficit ahí, es que en la universidad nadie te enseña cómo integrarlo. Es difícil llevarlo a la realidad cuando te encontrái solo en la vida laboral ¿cachai? Claro, en mi primer trabajo tuve un déficit de eso pero mi base teórica claro que me servía y ahora también lo siento, mi base teórica también creo que como fono de la Chile estamos súper bien posicionados, súper bien preparados desde lo teórico ¿cachai? Tengo algunas lagunas que también va dependiendo de lo que uno haya aprendido también porque eemmm por ejemplo no todas las generaciones aprenden lo mismo tampoco se van generando distintas instancias o

que le vayan enseñando a todos lo mismo ¿cachai?. Entonces claro, hay situaciones que de repente tení vacíos en algunas cosas ¿cachai? pero la base teórica que te entrega la universidad sí claramente siempre te sirve ¿cachai? Hay un déficit claro al momento de ingresar a la vida laboral ¿cachai? Pero la base que traí te sirve de todos modos, sino te iría rápidamente.

E: ¿Ha necesitado hacer algunas, digamos, algún curso, alguna capacitación, digamos, a la modalidad de trabajo que se hace acá, a lo mejor conocimiento teórico con respecto a las patologías? No sé

E1: mmm mira, no tanto así. Si he tenido que eemmm introducirme un poco más en concepto RBC y en la CIF, también, en la formación CIF ¿cachai? Pero eso yo lo hice a medida que fui haciendo estos trabajos voluntarios, yo ya me fui como incorporando al modelo y comprendiendo de qué se trataba ¿cachai? Más allá de eso no, las cosas que yo he tomado lo he hecho por iniciativa propia, por ejemplo el diplomado en trastornos de la deglución ¿cachai? Porque es algo que me interesa y me gusta ¿ya? eemmm he tenido que estudiar un poco más la neuropsicología ¿ya? porque como les comentaba aquí estoy a cargo de la estimulación cognitiva ¿cachai? Entonces esas cosas claro fueron inducidas un poco por lo que se espera de mí acá ¿cachai? Pero el modelo, desde esa parte como el aprendizaje que he ido teniendo a lo largo del tiempo y desde que yo partí haciendo mí trabajo voluntario ya me empecé a meter en el modelo en sus bases teóricas.

E: Eso ha sido más desde la experiencia por ejemplo qué curso tomar

E1: Claro, desde la experiencia.

E: Mmm, cuando usted se da cuenta que un paciente no está progresando dentro de los objetivos que van planteando, cuando ya tiene tal vez como un tiempo.

E1: Eso se plantea en las reuniones que les decía entre 8:30 y 9 que se ven los casos del día. Yo digo “sabes qué...” usualmente no pasa que yo diga que hace un mes que no veo avances, ¡no!, que si hay una sesión en que yo veo que no hubo avance, en que veo que no ha trabajado en la casa, yo lo digo al tiro en la reunión del día y digo “saben que esta persona hoy día trajo las actividades pero me parece que no trabajó nada en la casa”

E: y ¿qué hacen ahí?

E1: ¿Qué hace? Se conversa con los demás profesionales, si a todos los profesionales les pareció que no hizo nada desde sus distintas áreas, entonces la persona no ha hecho nada

durante la semana y ahí se conversa con el usuario, si es posible, y con su monitor también ¿ya?

E: Y si se da cuenta de que la persona si ha hecho lo que ustedes le han propuesto y tampoco avanza y ya llevan harto tiempo y han probado con distintas estrategias

E1: Es que, a ver, rara vez nos pasa ¿ya? no porque seamos geniales, pero es difícil que nos planteamos objetivos que la persona realmente no pueda alcanzar. Pasa sí, alguna vez ha pasado ¿si? Si es así como tú dices que ya se han buscado distintas estrategias, hay que revisar lo que estamos haciendo porque algo estamos haciendo mal nosotros o se le está pidiendo demás y ahí la decisión puede ser “mire estamos llegando a un techo de su rehabilitación, entonces tenemos que dejarlo hasta aquí” ¿cachai? pero es difícil porque en la génesis uno plantea el objetivo según lo que la persona quiere lograr y que nosotros como profesional veamos que sea posible lograr ¿por qué? Porque muchas personas, no sé, un accidente vascular severo por ejemplo, las personas nos van a decir muchas secuelas físicas, nos van a decir “yo quiero volver a caminar “ pero a lo mejor no es posible, ese objetivo no se plantea como volver a caminar porque a lo mejor nos va a pasar “saben que no estamos logrando que camine” porque no planteamos desde el inicio ese objetivo ¿cachai? Lo que se hace ahí al inicio es bajarle un poco la expectativa a la persona “sabe que no somos nadie para decirle que no va a volver a caminar pero creemos que hay pocas probabilidades, trabajemos primero, concentrémonos en trabajar esto” ¿cachai? No sé eemmm que se pare, no va a poder caminar pero veamos si logramos que se pare un minuto ¿cachai? Entonces, si se logró eso entonces podemos tratar a ver si se puede trabajar marcha ¿cachai? cosas así. Eee entonces rara vez nos pasa como tú dices que ya nada ha funcionado, probablemente estamos haciendo algo mal y hay que bajar el objetivo, ya estamos llegando a un límite al que no se puede avanzar más allá y se cambia el objetivo en conjunto, no es que nosotros digamos “juntémonos con la persona” “sabe que estamos visualizando que al parecer no hay mucho más que hacer, propongámonos objetivos para trabajar estas próximas 3 sesiones y vamos a decidir el alta”

E: ¿y hay algún límite de tiempo para el trabajo para la persona? Que digan por ejemplo ya ha pasado un año y no se han visto avance y dejarlo hasta acá o ...

E1: Es que los límites por una parte están puestos porque sabemos, no sé, que el accidente vascular por ejemplo tiene una cierta cantidad de tiempo por la que nosotros podemos esperar ya cierta plasticidad y recuperación ¿ya? eee pero desde otro punto de vista eee dentro de este modelo no podemos plantear límite de tiempo porque las personas nos van a decir qué pueden hacer ¿cachai? Yo no puedo decirle “sabe que si dentro de estos dos meses usted no vuelve a

caminar se va de alta”, porque no sé, a lo mejor a la persona le toma más tiempo cumplir sus objetivos y se va a demorar 6 meses en lograrlo ¿cachai? Pero como les digo los objetivos son a súper corto plazo, entonces no debiesen pasar 6 meses ¿cachai? A lo más las intervenciones, con el modelo actual que estamos usando, con las modificaciones que hemos hecho, las atenciones están durando 2 meses como para que se cumpla en objetivo, 2 a 3 meses se cumplen los objetivos, y ahí se ve si se continúa al tiro con un objetivo mayor o si se da una ventana terapéutica o no ¿cachai? Eso, nosotros no le ponemos límites a la gente, el único límite que nosotros le ponemos a las personas es que nos cumplan, si nosotros le decimos que tiene que venir los lunes a las 3 de la tarde, todos los lunes a las 3 de la tarde. Si vienes una vez y porque no pudo, tuvo un problema, llámenos y avísenos “no voy a ir o no voy a poder ir pero la otra semana sí o dentro de la semana me pueden dar otra hora bacán” Si falta sin avisar, 3 veces seguidas sin avisar, se elimina de la faz de la tierra (risas) se le corta la cabeza (entre risas). Así que eso porque damos mucho, entre nosotros peleamos mucho por ello, para hacer todo lo posible para ellos, entonces esperamos que nos respondan cumpliendo.

E: ¿Trabajan con redes de apoyo acá?

E1: Eee sí claro, o sea como oficina comunal tenemos contacto con todas las oficinas de la comuna, entonces no sé, ponte tú en tu caso puede ser que sea derivado a la oficina de la mujer ponte tú. Otro caso puede ser que sea derivado a la oficina del adulto mayor. Trabajamos con las organizaciones comunales también. Si necesitamos que las personas se incluyan a nivel social se les entrega la oferta de todo lo que hay cerca de su hogar que sea deporte por ejemplo. Cosas sí, trabajamos con muchas redes. Somos municipalidad así que trabajamos con toda la municipalidad, tenemos otros servicios al alcance de la mano.

E: yo creo que terminamos

E1: Me sacaron el jugo (entre risas)

E: A sí, yo tengo otra (risas) perdón. Lo que pasa es que había comentado usted, justamente volviendo a la formación de pregrado de que justamente es demasiado teórico y que no llevaba a la integración propiamente en el trabajo. Pero ¿cuáles son las destrezas, crees tú, que te aportó la formación de pregrado?

E1: Aamm ¿destrezas? Aamm a ver, el análisis crítico ¿ya? de los casos, la visión de persona también ¿cachai? Como les decía en la U siempre nos enseñan claro no trabajai con la afasia, sino que la persona es un todo, lo que pasa es que por ejemplo en este contexto ese todo ha implicado agrandar ese mundo un poco más grande, visualizar muchas más cosas que

antes no conocía tampoco eee porque no son de la expertiz del fonoaudiólogo. Eee pero sí siempre en la U te inculcan que en el fondo no ver solo eso sino que estí consciente de que hay otras cosas que están influyendo el tema ¿ya? ¿qué otras destrezas? Comprender también que como observador siempre influye lo observado también ¿ya? entonces también hay que tener en cuenta siempre que lo que estás observando tú está pasando en parte porque tú estai ahí también ¿cachai? Entonces puede ser que la realidad en su contexto natural sea distinto ¿ya? eemmm ¿qué otras destrezas? Bueno la capacidad de trabajar en equipo también, la apertura y disposición para poder recibir críticas de otras personas y para recibir sugerencias de otros profesionales también, la flexibilidad mental para darte cuenta cuando estás haciendo algo mal y necesitas una modificación y cuando estás llegando a tus límites y cosas que no puedes abordar tú y es necesario derivar a otras personas ¿cachai? Ese tipo de cosas te podría nombrar así de rápido.

E: Y cuándo mencionaste que te habías introducido en la RBC de lleno ¿cómo a partir de la experiencia profesional eso implicó asistencia a cursos o buscar información de manera individual?

E1: Implicó aprendizaje. Buscar información, leer mucho, pero cursos formales no.

E: ¿Actualmente estás siguiendo algún curso?

E1: No, en estos momentos no.

E: ¿Sólo el curso de especialización en deglución o algo más?

E1: Eee sí, solo el curso de deglución.

E: ¿Cuál sientes tú que es tu rol como fonoaudiólogo o el aporte que puedes tener en este servicio, en la rehabilitación a los usuarios?

E1: A ver eemmm ¡qué difícil la pregunta! Siento que el rol es eemmm ... ayudar al resto de los profesionales a entender que hay muchas dificultades de personas que trascienden a otras dificultades también que son la cognición y la comunicación principalmente eemmm explicarles también que de repente sienten, piensan o creen que las personas están muy aptas para entender y para expresar cosas, desde lo comunicativo y desde lo cognitivo eemmm cuando en realidad no es así. Entonces siento que mi deber, en ese sentido, es bajarles un poquito la visión que tienen de las personas, no asignarles muchas habilidades más allá de las que realmente tienen ¿ya? verlos un poquito más críticos ¿ya? eemmm y con las personas siento que mi función es ayudarles aamm a satisfacer sus necesidades comunicativas y a mantener

y desarrollar sus habilidades cognitivas para conseguir los objetivos que planteamos en el centro, la actividad y la participación. Siento que mi objetivo en términos generales es restablecer la participación de las personas desde lo cognitivo y lo comunicativo. Eso fundamentalmente.

ANEXO 4

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA FONOAUDIÓLOGO 2

Simbología

...	: pausas
Tachado	: reformulaciones
()	: Aspectos paralingüísticos, interrupciones, etc.
XX	: nombres de personas
E	: entrevistadores
E2	: entrevistado 2

E: XX primero necesitamos una auto-presentación, que nos explique qué profesión tiene, qué estudiaste, cuántos años. Tu trayectoria laboral digamos, donde empezaste a trabajar, cuánto tiempo estuviste, cómo fue esa experiencia.

E2: Ya mm, ya po ustedes saben mi nombre es XX mm trabajo acá (interrupción) Si mi nombre es XX trabajo como fonoaudiólogo acá ya hace como dos años, dos años cinco meses, mmm estudie en la en la Universidad Autónoma, hice mi práctica profesional en CAPREDENA, hice una pasantía en el Hospital San José de Maipo, digamos en el área de Adultos. Bueno llegué acá por un contacto de una colega que me comentó que en el CCR se necesitaba un fonoaudiólogo.

E: ¿Esta es tu primera experiencia laboral?

E2: Sí, bueno esto fue a un mes de haber dado el examen de grado, mmm me comentó que se necesitaba un fonoaudiólogo, me contacte con un chico de acá del CCR y mandé mi currículum, me llamaron a la entrevista y me seleccionaron, eso fue el año 2012, en enero del 2012.

E: ¿Y Desde Enero hasta esta parte como ha sido la experiencia trabajara acá?

E2: Ha sido un...

E: En término de valoración ¿Ha sido positivo, no tan positivo?

E2: No positivo

E: De fortalezas, debilidades

E2: Positivos de todos modos, es un crecimiento bastante positivo. Crecimiento más que profesional personal mmm no ... Estaba revisando ~~su~~ su tesis y comparto muchas de las cosas que salen ahí. La formación como fonoaudiólogo tiende a alguno docentes a enfocarse bajo paradigmas que se alejan de lo que es la RBC cachai, otros tipo de modelos cachai, de enfoques. Y suele pasar de que uno llega trabajando con un enfoque más bien biomédico cierto mmm, pero claramente por un tema de formación cierto, que quizás no se no se ahondan estos temas en la formación de pregrado uno tiene que estudiar y aprender de los demás, mmm por lo mismo aquí ~~se ha dado~~ tuve la posibilidad del chico, del XX, del XX que ellos ya llevan ya casi 6 años, 6 años acá en el CCR cachai, entonces cuando yo llegué llevaban cuatro y claro siempre abiertos a compartir experiencias a mostrar la forma en que trabajan, a mostrar en qué consiste la estrategia a pesar que uno igual tiene conocimiento al respecto, de los libros a la práctica hay mucha diferencia cachai. Entonces por eso les comento que fue un crecimiento y cambio paradigmático heavy durante estos dos años. El comprender quizás cosas tan básicas que como la vieja escuela quizás no considera el ver no se po a la persona como una enfermedad cachai, el ver afasias, ver disfagias, el no ver personas con dificultad para comunicarse con x personas cachai, mm igual es un cambio mm quizás que para algunos puede ser bastante para difícil y para otros más fácil, por eso yo siento que para trabajar bajo esta estrategia se requiere cierto perfil de profesional cachai, pero por lo mismo ir creciendo cachai.

(interrupción) Un crecimiento constante, constante a nivel ~~de de~~ de lectura, de compartir experiencias con otros profesionales, otros amigos cachai que trabajan en la RBC, entonces ya llegas a ver la RBC más que una estrategia cachai emm como un estilo de vida cachai, como que esto se extrapola en todo sentido.

E: ¿Cuándo entraste sentiste alguna desventaja con los otros compañeros que ya llevan más años acá?

E2: Si por supuesto, por supuesto. Porque en un comienzo igual por mi parte sentí un grado de resistencia que ahora que ya llevo dos años, que ya llevo más tiempo trabajando acá me doy cuenta que estaba presente, resistencia no se pos a realizar otro tipo de intervenciones cachai. Mmm no me costó mucho sacarme el delantal, acá llegue con delantal y al segundo día ya me lo había sacado cachai porque no no es acorde acá a la estrategia, perooo

E: ¿Por qué el delantal no es acorde?

E2. ¿Cómo?

E: ¿Por qué tú consideras que el delantal no es acorde a esta estrategia?

E2: siento que ponerte el delantal implica que generas de inmediato una especie de verticalidad de la atención como que la transversalidad, el trabajo transversal cachai, perdón el trabajo horizontal, perdón como que la horizontalidad se pierde, que es lo que yo siento que es la base del trabajo acá ~~en la~~ en un CCR acá cachai. La persona te ve con delantal y te endiosa de inmediato cachai, te endiosa de inmediato y por lo mismo la idea es que no, que te vea como uno más, como un guía, como un acompañante cachai, que no hará mucho como el Budismo define al terapeuta como quien acompaña cachai. Eso es lo que siento que es lo más pertinente y que favorece de inmediato lo que es el empoderamiento de la misma salud cachai, de la misma persona.

E: ¿Con que estrategia de trabajo trabajan acá en particular? ¿Es la RBC o es otra?

E2: RBC

E: ¿Y Que entiendes tu por la RBC?

E2: Bueno así como una definición muy charangueada es una forma de vivir

E: ¿Qué es charangueada?

E2: Es como hippie, light, una nueva forma de vida, comparto mucho ~~laaa~~ siento que somos consecuente con la definición que da la OMS sobre la RBC no se pos cachai que es la estrategia de desarrollo comunitario cachai, mmm se entiende como una nueva forma de ver la rehabilitación cachai, considerando (Breve Interrupción). Viendo factores multifactoriales no enfermedades, sino viendo (Breve Interrupción) mmmm me perdí estábamos hablando de la...

E: RBC ¿Qué es lo que entendías tu por la RBC, tu mencionaste que era una estrategia, un estilo de vida, un estilo de vida?

E2: Claro una nueva forma de ver la rehabilitación, siento que a mi parecer, siendo súper objetivo, no menospreciando para nada el enfoque quizás biomédico cachai, siento que es como dice ser la rehabilitación a nivel mundial. Siento que esto es.

E: tú nos hablaste un poquitito antes que entrara la persona respecto a la discapacidad que ya no se veía solo la discapacidad y trataste de definir digamos como se conceptualizaba discapacidad en función de la estrategia.

E2: Acá frecuentemente mm bueno y quizás más adelante les voy a comentar en base a sus preguntas mmm realizamos múltiples actividades, una de esas actividades son la educación

cachai, y una de la educación que hacemos es la de concepto y discapacidad. Mmm cuesta mucho, siento que es una de las tareas más difíciles que hemos tenido como equipo acá en el CCR es el lograr cambiar un poco la visión que tiene la gente, la comunidad sobre lo que es la discapacidad tiende de forma inmediata a quizás auto segregarse incluso, a menospreciarse, se creen como sujetos de caridad no es cierto. Cuesta mucho yo creo que es un tema más bien histórico y mucha resistencia quizás a un nuevo lenguaje, mm un tema histórico, múltiples determinantes sociales ~~que~~ que implican directamente en esta concepción, pero sin embargo nosotros frecuentemente va a ser nuestro discurso desde que la persona es derivada desde el nivel secundario, desde APS ya sea acá al CCR nuestro discurso será que todos son personas ante todo, son todas personas, somos todas personas ustedes son sujetos de derechos y tienen que exigir su derecho, no son minusválidos, no son parálíticos, un tema súper fuerte que ellos mismo tiende a autodenominarse, parálitico, minusválido, inválidos. Incluso hay gente que atribuye la discapacidad como un castigo divino cachai, que quizás revisando documento antiguo, no es cierto, claro antiguamente así se consideraba la discapacidad pero ocurre que actualmente las personas, algunas persona tienden como a atribuir a ciertas creencias el tema de la discapacidad, castigos divinos como maldiciones, mal de ojo. Una persona con una hemiparesia derecha tuvo un ACV y decía que fue un mal de ojo.

E: ¿Y esa educación del concepto como se realiza? ¿Solo con el paciente que llega acá?

E2: La idea es que sean educaciones grupales, así están propuestas como educación grupales. La idea es que vengan siempre con su cuidador, con familiares, la idea es que aquí centramos la intención en la familia y en la persona. Un trabajo full con el cuidador para que obviamente lo que le comentamos a los chiquillos es que el CCR a las chiquillas (Interrupción Prolongada).

E: Ya siii tu nos estabas comentando un poco al respecto de lo que era la RBC, como lo entendías tú y el concepto de discapacidad, volvamos un poquitito sobre eso.

E2: ¡A sí! Estábamos hablando de lo complejo que es el cambio paradigmático ~~que~~ que uno quiere quizás brindar a la comunidad ~~que~~ que tiene un cierto grado de discapacidad. Lo que comentábamos el tema de las múltiples determinantes sociales (Breve Interrupción), de las múltiples determinantes sociales ~~que~~ que inciden en esto, mmm claro es una pega súper compleja, súper compleja, de hecho

E: ¿Determinantes sociales, perdón como cuáles?

E2: Factores socioculturales, educativos, mmm

E: ¿Pero respecto de quién? ¿Del usuario con discapacidad?

E2: Del usuario con discapacidad y de quienes rodean al usuario con discapacidad cachai, entonces que pasa al fin y al cabo nosotros promovemos aquí quizás un cambio en el lenguaje mm pero súper complejo, de hecho una de las cosas más complejas es esa, el tema de que la persona se empodere, se haga cargo de su situación actual de salud, el asistencialismo es un tema potente.

E: ¿Y ese cambio del lenguaje desde que... ¿Cómo se ve? ¿Qué es lo promueven en particular, Específicamente?

E2: Que ante todo que la persona que cursa con discapacidad se vea como persona, ante todo como persona, mmm

E: ¿Y en el lenguaje en particular? Tú dijiste que se promovía un cambio en el lenguaje.

E2: Claro el tema de quizás pasar a una persona minusválida a una persona en situación de discapacidad, lo cual es bastaste complejo, por eso tampoco promovemos que la persona se considere como una persona en situación de discapacidad, es lo ideal, pero ante todo una persona de derecho, persona, usted es XX, usted es Jorge ¡Usted es Jorge! Usted funciona de manera distinta, tal cual como yo funciono de manera distinta. En base al funcionamiento también damos harto énfasis a eso, que quizás la carga ~~que~~ o la capa por así decirlo que se pone la persona que tiene discapacidad: soy un discapacitado por así decirlo que se la saque, para que ante todo funcione como una persona distinta.

E: ¿Pero ahí no consideras que influye también la sociedad en como él se siente?

E2: Sí, intentamos promover este cambio paradigmático en las personas para que ellos sean agentes activos en el cambio quizás a nivel de sociedad, porque claro hablamos de esto, le mostramos unos videos y ellos dicen: ¡Claro al fin y al cabo la gente en la calle nos hace sentir minusválido o nos hace sentir incluso invalido cachai! Entonces claro, planteamos también: Ya nos damos cuenta de esto pero ¿Qué hacemos para cambiar eso? Ellos son los principales agentes, los actores principales en esto o sea y de ahí que les comento que esto es súper complejo porque al fin y al cabo hay múltiples factores que inciden quizás en la comprensión de esto, factores socioculturales, educativos ~~que~~ que es bastante complejo ese trabajo, de todas formas eso lo promovemos desde que la persona ingresa a la entrevista en equipo hasta que la persona egresa. Algunas personas egresan de un alta un poco mentirosa porque aquí hay talleres de mantención que quizás más adelante les voy a comentar lo cual permite que la persona nunca se vaya de rehabilitación, que sea un continuo en el tratamiento , eso.

E: ¿En ese equipo que trabaja acá hay alguna jerarquía?

E2: O sea claro en el papel hay una jerarquía. Esta XX que es el coordinador del centro, pero en cuento al trabajo día a día no hay grado de jerarquía, somos todos iguales, somos todos ante todo amigos, eso es lo que quizás ha favorecido bastante el trabajo que realizamos acá y que los mismo usuarios comentan cachai, “el no sé qué”, que hay un no sé qué en el CCR que me mejoro. O sea nos damos cuenta que muchas veces la gente se mejora sola cachai y pasa tal vez porque llega a un lugar en el que se siente acogido cachai, mmm pero eso acá no se establece un jerarquía, aquí ante todo somos amigos, somos colegas.

E: Mmm XX

E2: Dígame

E: Tu mencionaste hace poquitito, bueno hemos estado hablando en relación a la discapacidad ¿Cuál es el concepto que tienes tú y que tiene digamos esta institución respecto al concepto de salud y enfermedad propiamente tal?

E2: La discapacidad es netamente de interacción negativa entre el sujeto y el entorno, eso principalmente. Mmm todos somos funcionalmente diversos cachai, el termino de diversidad funcional que se produce, siento que es el concepto más oportuno, al fin y al cabo todos somos distintos, todos funcionamos de una forma distintas independiente del contexto cachai. Una de las formas que intentamos ejemplificar a las personas con discapacidad es que claro yo les pregunto a ellos, estamos en una charla grupal: ¿Ustedes sienten que yo soy una persona con discapacidad? Me dicen No, y que pasa chiquillos si yo no sé, no se hablar ningún otro idioma y de un momento a otro me tele transporto y aparezco en Rusia, en el centro de Rusia ¿Tengo discapacidad o no? Algunos dicen no, otro si ¿Por qué? Porque claro el ambiente hace que yo funcione de una forma distinta, yo no me puedo adecuar al contexto ni ellos a mí, a menos que haya una persona que hable español. Intentamos dar ese tipo de ejemplos, pero yo creo que esa es la forma más adecuada de quizás definir el tema de la discapacidad cachai, de la interacción negativa de la persona y todo lo que la rodea cachai.

E: ¿Pero cómo definirías tu salud y enfermedad?, no enfocado a lo mejor a la discapacidad.

E2: Un estado de bienestar en todo ámbito, físico, social, psíquico, el equilibrio, el equilibrio sobre todo sus aspectos cachai. Y la patología se da en algún desequilibrio.

E: Mm XX cuéntame un poquitito respecto de esta institución ¿Cómo surge esta RBC? ¿De quién depende? CCR Perdón CCR, ¿Cuáles son los horarios de atención? ¿Cómo se organizan? ¿Qué profesionales trabajan? ¿Cuáles son las funciones que cumplen cada uno? , etc.

E2: El CCR surge acá en la Pintana el año mmm hace 6 años atrás, haber ayúdenme el año 2008, son 6 años con XX como coordinador desde aquel tiempo. Nace con un kinesiólogo y con un terapeuta ocupacional cachai.

E: ¿Quién de los dos es XX? ¿El kinesiólogo o el terapeuta?

E2: El kinesiólogo cachai, nace con ellos dos y la XX que es la administrativo cachai, nace con los tres el año 2009. Esto antiguamente era una comisaria cachai, mmm una comisaria y el municipio destinó este espacio para hacer un CCR, que obviamente paso más bien de sala PAME de sala de rehabilitación de esas antiguas a lo que es un CCR.

E: ¿Pero fue una iniciativa propia de él?

E2: No, no del municipio, del jefe del departamento de salud, él quiso colocar un CCR acá en la Pintana. Y en relación a eso se contactaron con XX y XX comenzó con la pega acá. Acá se trabaja en relación a dos estrategias, la estrategia RBC, perdón Neuro y Río, no sé si ubican al respecto.

E: No, cuéntanos un poquitito.

E2: Eee el equipo Neuro actualmente, desde el 2012 que está compuesto por un kinesiólogo, un terapeuta, una psicóloga y yo. Y en el equipo Rio es que ven patologías neuromusculares, artrosis, todo ese tipo de cosas que está compuesto por dos kinesiólogos y un terapeuta ocupacional y unas horas que hace la XX la psicóloga también. Entonces la atención que se brinda actualmente en el centro es súper integral, una buena atención al menos porque la persona cuenta con una amplia gama de profesionales

E: ¿Cómo surge esaaa? Porque inicialmente tu nos comentaste que inicio con un kinesiólogo, un terapeuta y la persona que era que funcionaba como administrativo ¿Cómo fue surgiendo, como, cual fueron las necesidades que llevaron constituir o conformar estos dos grupos de profesionales que trabajan?

E2: En primera instancia la lista de espera. O sea había una inmensa lista de espera en la cual mm hizo que la autoridad se diera cuenta quee ¡Chuta falta gente! Por ende se contrataron dos kinesiólogos más. Mmm una vez que se contratan estos profesionales la lista de espera

empezó a disminuir y luego el año 2012 SENADIS, SENADIS mmm envió una lucas cachai para que se contrate a honorario a un fonoaudiólogo, psicólogo durante el año 2012.

E: ¿SENADIS lo envió o ustedes postularon?

E2: Mmm mira preguntémosle bien a XX. Creo que postularon y SENADIS aprobó.

E: Sí, no es que SENADIS ande dando plata así como. (risas)

E2: No, no, no los chiquillos postularon pero por un año. Pero que es lo que pasa con la idea de que en un año cachai SENADIS se hacía cargo durante un año de nuestras lucas para luego el municipio se haga cargo para demostrar que era una necesidad latente que estuvieran estos profesionales acá y que después el municipio se hiciera cargo. Pero que pasa que igual fue una pega súper engorrosa, el primer año que llegue acá mm, que yo llegue para acá el conocer estrategias, el conocer la forma en que se trabaja acá es bastante complejo y todo y también el validarse, porque es importante validarse, sobre todo pensando que hay pocos fonoaudiólogos trabajando en CCR cachai, en la APS mmm la validación fue un tema. De hecho a finales del 2012 no se aprobaron las lucas para que yo continuara acá entonces yo tenía una pata afuera y otra adentro y en rigor debido a una sistematización que hicimos, con la pega que hicimos el 2012 llegamos al alcalde, al alcalde le mostramos los números porque es importante que se contara con un psicólogo y con un fonoaudiólogo acá en el CCR mmm y al final lo convencimos, si a veces chiquillas los peces flacos no pescan hay que buscar los peces gordos de inmediato. Y así que el año 2013 mm pase de 22 horas a 44 horas a honorarios, trabajé todo el 2013 a honorarios y a partir del 2014 que estoy trabajando a contrato entonces eso fue bastante positivo de toda la sistematización, el quizás claro es un trabajo súper engorroso cachai y quizás súper necesario para mostrar lo que tú haces. Mmm yo me cuestionaba porque tengo que validarme, porque tengo que demostrar que soy importante trabajando en el equipo de neuro-rehabilitación, lastimosamente tiene que ser así, actualmente. Yo siento que el tema apunta para allá, se sobre entiende que el fonoaudiólogo es necesario en un CCR, cachai, pero eso. Y porque se establecen estas dos estrategias, estos equipos de trabajo, porque claro porque los chicos de osteo-muscular, de Río atienden personas con otro tipo de patología cachai y nosotros los de neuro principalmente vemos personas secuelas de ACV, enfermedad de Parkinson y otra patología neurológica, pero en gran medida son personas secuelas de ACV y con enfermedad de Parkinson.

E: ¿Conocen cuál fue el objetivo, el propósito de la municipalidad en crear este CCR?

E2: Si era principalmente, mira preguntémosle bien a los chiquillos, el XX mmm no sé si sea adecuado preguntarle algunas cosas a él ¿Quieren conocer la historia del inicio del CCR?

E: No, por ahora está bien contigo y después podemos indagar algunos datos que tu no sepas.

E2: Pero principalmente eso, mas todo lo que te comente anteriormente de la cantidad de personas que requerían rehabilitación y hacer un centro de rehabilitación, no una sala, un centro establecido, aquí colindamos con el CCR San Rafael, perdón con el CESFAM San Rafael, entonces gran parte de la población de la Pintana está inscrita en el CESFAM. Entonces por eso se hizo al lado del CESFAM San Rafael, es un lugar céntrico de la comuna, por eso cachai, otra razón la voy a preguntar, lo que es principalmente eso.

E: ¿Redes de apoyo que esta intuición tenga digamos?

E2: Son múltiples. Esta es otra de las cosas que hemos ido trabajando este último tiempo, el trabajo intersectorial, acá contamos, tenemos la suerte de estar al lado del programa de la mujer, está el centro de la mujer, está el programa del adulto que está aquí al lado, está el programa del adulto mayor, está la OMIL la oficina laboral, mmm que más.... El año 2012, se me paso ese tema cuando llegó con la psicóloga también se aprobaron una lucas. El municipio aprobó una lucas para contratar a un terapeuta ocupacional en la OMIL cachai, por ende el trabajo para lo que es la inclusión y la inserción laboral en personas con discapacidad laboral fue potente ese año porque había un terapeuta, entonces acá XX y yo también nos vinculamos directamente con este chico y logramos varias colocaciones laborales. Entonces el trabajo intersector es súper importante, de hecho si no tuviéramos un trabajo con ellos, no tuviéramos esta relación bastante cercana no podríamos trabajar bien con la oficina de órtesis y prótesis de la municipalidad, a ver que másss, pero eso principalmente.

E: Cuéntame un poquito ¿cuál es el horario de atención acá del CCR?

E2: De lunes a jueves de 8:30 a 5:30 y los días viernes de 8:30 a 4:30.

E: ¿Y qué actividades realizan acá en el CCR?

E2: Mira desde que una persona ingresa acá al CCR mm la persona ingresa a una entrevista grupal, o sea en la entrevista de ingreso esta XX, XX, XX y yo, estamos los cuatro acá y conocemos la realidad psicosocial a modo general de la persona para posteriormente la persona sea evaluado por cada uno de nosotros. Posterior a eso las actividades que realizamos con la persona son controles individuales en primera instancia o grupales de inmediato,

controles uno a uno o dos a uno, tres a uno para posteriormente la tendencia a lo grupal que es parte del modelo yyyy mmm eso principalmente, damos consejerías también individuales, familiares, visitas domiciliarias, mm educaciones grupales.

E: ¿Qué profesionales realizan todas esas actividades, si puede ser mas más específico es decir las visitas domiciliarias las realizas tú, el terapeuta, las realizan juntos o lo realizan a parte o solo la trabajadora social?, estoy inventando.

E2: Las actividades la realizamos todos, todos, acá no se distingue que el psicólogo hace la consejería y que el XX el terapeuta la visita, no, todos. En algunas ocasiones las visitas domiciliaria las hacemos todos en conjunto, en otras las hacemos en dupla o de forma individual.

E: ¿De qué depende eso?

E2: Depende de la situación de la persona, ya. ¿Qué pasa? Nos hemos dado cuenta que en algunas situaciones que quizás asistamos los cuatro ha sido un poco invasivo cachai, un poco invasivo para la persona, por ende quizás y aportando en base a la transdisciplinariedad cachai, entendemos que quizás voy yo con XX, pero claro igual vemos más allá algunos aspectos que considerarían a XX o quizás a la XX la psicóloga. Pero bueno entonces es por eso que el que no vaya uno no va, no va a incidir en la intervención, por eso nosotros constantemente tenemos reuniones de equipo todos los días miércoles mmm, mm eso. Frecuentemente voy yo los días miércoles, jueves solo a una visita domiciliaria y los viernes voy con XX siempre, el terapeuta.

E: ¿Cómo se seleccionan las personas que necesitan visita domiciliaria o van a todas?

E2: En rigor vamos a la casa de todos los usuarios, visitamos a todos los usuarios mmm. En algunas situaciones algunos de los usuarios requieren más de una visita, pero frecuentemente ~~vamos~~ asistimos a la casa de todos los usuarios.

E: ¿En qué consisten esas visitas?

E2: Netamente un... y dentro de lo que esta descrito en las orientaciones metodológicas de la APS, es netamente el conocer la realidad psicosocial, el contexto de la persona, no ir a intervenir, no es clínico, no para nada, eso no es así, es netamente un manejo ambiental, quizás detectar barreras que incidan en la comunicación, alimentación cachai, mmm barreras o algunos factores que puedan incidir que la persona no se desempeñe bien en el hogar, ese tipo de cosas. Pero que quede claro que no es ir a ser terapia particular o a domicilio cachai, eso. Mm que más, en cuanto al trabajo comunitario que eso no le había comentado, acá la RBC

nosotros la podemos catalogar dentro de dos pilares fundamentales, en primer lugar el factor clínico y el factor social cachai. Anteriormente, de hecho nos hemos dado muchas vueltas, hace dos meses atrás con los chiquillos hicimos una publicación que quizás podrán revisar en un tiempo más que va a salir en un libro de la RBC, en base a esto cachai le dimos muchas vueltas al concepto de la RBC , que en un comienzo pensamos está lo clínico y esta lo social pero como hacer el libro porque muchas veces uno tiene ir a lo clínico pero muchas veces uno se va a este lado y la idea es hacer un equilibrio, o sea puede llegar un tipo que es muy, que es muy mmm muy seco, tiene buen manejo en lo clínico, en lo neurológico quizás, pero sin embargo no tiene un adecuado manejo en los social , en lo comunitario no encaja entonces hay que buscar el equilibrio, la idea no es inclinarse tanto para acá y tanto para acá como lo que plantea un terapeuta de la RBC cargada en la R o cargada en la C, cachai. Entonces de esa forma definimos la RBC acá el trabajo clínico y el trabajo social. Del trabajo social estamos actualmente trabajando en la elaboración de un recurso audiovisual, de un DVD que va dirigido para personas en situación de discapacidad severa, personas postradas, porque claro por u tema de coberturas no podemos llegar todos, hay muchas personas postradas acá en la Pintana, persona con discapacidad severa que no podemos acceder a ellas o ellos no pueden llegar a nosotros. Mmm de estas personas se hace cargo el programa de postrados cachai, pero el programa de postrados está compuesto por una enfermera, de un médico, por un kinesiólogo y por un técnico de enfermería. Entonces el médico puede visitar cada 6 meses un años, la enfermera x cantidad de meses y quien visita constantemente es el kinesiólogo y el técnico, pero ¿Qué pasa con el aspecto de la comunicación? ¿Con aspectos emocionales? ¿Qué pasa con el cuidador? De hecho el DVD está dirigido para el cuidador de la persona en situación de discapacidad, entonces ese ha sido el trabajo comunitario ~~que estamos~~ que quizás queremos terminar de aquí al próximo año. Ha sido un trabajo potente comenzamos desde el año 2012 formando monitores, formando personas voluntarias para que fueran a los hogares de estas personas postradas y que orientaran a las personas postradas quizás de cómo posicionar a la persona al momento de alimentarse, como llevarla al baño, como hacerle higiene, pero que es lo que pasa con esto, esto se nos calló llegaron 10 personas, luego dos y después ninguna.

E: ¿Cómo seleccionaron a esos monitores?

E2: Con avisos acá en el CCR y afuera, les avisamos a las chicas de los otros programas.

E: ¿Pero era por este sector no más?

E2: Exactamente, claro hablamos con gente del CESFAM para que lo promoviera, pero claro se darán cuenta cuando trabajen que quizás uno puede tener muchas ideas, pero de repente los demás no aportan mucho y por ende no se promueve la idea. Pero que es lo que pasa, como esto se no calló dijimos ya pero quizás no era necesario, le dimos hartas vueltas y todo, nos frustramos igual y dijimos ya un recurso audiovisual, que la persona ponga el DVD y vea el capítulo uno diga vestuario, higiene, prevención de escaras, alimentación, comunicación. Y lo otro ¿La gente acá en la Pintana tendrá DVD? Ya po hicimos un focus group y actualmente ya lo terminamos. Hicimos focus group en todos los CESFAM de la Pintana y nos reunimos con los cuidadores de las persona que están inscritos en el programa de postrado y a todos les preguntamos, les preguntamos de la idea, vimos cuáles eran sus necesidades y claro todos pueden ver el DVD, les mentiría si hubiera una persona que no tiene acceso, todos pueden acceder y una persona dijo no tengo DVD pero mi hijo tiene DVD , todos pueden acceder. Entonces ese es el trabajo comunitario que estamos haciendo actualmente, bastante potente, dirigido a la prevención, a la prevención de ciertas complicaciones, pero principalmente enfocado en el cuidador.

E: Pero no considera por ejemplo que ese video no tendría una desventaja por ejemplo si la persona esta postrada y es severo y no se puede mover el cuidador tiene que estar casi siempre con la persona, entonces ¿Tendría tiempo para ver el video?

E2: Mmmm

E: No en relación como a los recursos que tenga

E2: No, si claro

E: Si tiene la disponibilidad

E2: nos ha pasada, incluso del focus que hicimos en cada CESFAM se incluyen las vistas que hicimos junto con el programa de postrados, con algunas personas, porque era importante visitar a esta persona por tal y tal motivo cachai, que fueron personas recomendadas cachai. Y fui me toco la situación de visitar a una persona ~~que que~~ que es secuelada de ACV antiguo y que tiene demencia tipo Alzheimer y claro po hablando con la esposa dijo ¿Usted va a estar mucho rato acá? Y le dije que le va a pasar son 15 min ¿Se irá a morir por estar hablando 15 min conmigo? ¿Se irá a morir por que va a la esquina? Es que le puede pasar algo. Y pasa tambien que hay mucho sentimiento de culpa, hay mucha culpa por parte de las personas que están cuidando y es un factor súper importante que lo pesquisamos en todos los CESFAM. Un caballero nos comentaba: Yo cuido de lunes a domingo a mi esposa, estoy yo solo mi hijo no

está, la visita de forma esporádica, ¿Pero qué hace usted para recrearse? Nada, a mí me encanta el fútbol, juego en un club deportivo, pero no juego desde que le pasó esto a mi esposa ¿Y por qué no va los días sábados a la cancha no se de 11 a 12, de 11 a 1 que es el partido? Es que lo podría hacer, mi esposa se podría quedar sola dos horas, pero tengo un sentimiento de culpa importante y siento que porque voy a hacer deporte, pasarlo bien siendo que ella lo está pasando mal cachai. Claro lo que tú me comentas es un factor, pero al fin y al cabo no un factor determinate para que la persona no pueda ver esto, porque tal cual como quizás tiene que ver el DVD la persona asiste al CESFAM porque en algunos CESFAM hay algunas agrupaciones de cuidadores y siempre hay alguien que puede quizás mmm aportar, hay muchas resistencias en las personas: ¡Chuuta yo estoy cuidando a las personas! Pero yo lo sé cuidar mejor que nadie. Pero porque no le dice a su hija que lo cuide una horita y usted va a un taller o hace otra cosa distinta, es que no le puede pasar justo algo a mi esposo y mi hija no va saber qué hacer ¿Pero usted le enseñó a su hija quizás como hacer la higiene, como como quizás posicionarlo, como llevarlo al baño? No porque no quiero. Cachai hay mucha resistencia por parte de las personas que están cuidando y es un tema es un tema, de hecho también estamos conscientes no de la elaboración del DVD, de lo que es el autocuidado de la persona que lo está cuidando. Mm te digo que un 100% de la población de cuidadores, el 80 tendrá un alto nivel de sobrecarga, le aplicai un SARI, alto nivel de sobrecarga

E: XX mmm un poco, volviendo un poco al tema quizás de cómo se organiza digamos, de cómo se organizan las actividades acá, tu hablaste del ingreso. Escuché que el ingreso era grupal, era grupal, o sea no es grupal, sino que está todo el equipo donde se hace un primera aproximación cierto, un test de lo psicosocial a la condición de discapacidad del usuario ¿Sí? Mmm ese proceso de entrevista inicial ¿Cuánto dura?

E2: 45 minutos

E: 45 minutos ¿Luego el mismo día pasan digamos por las evaluaciones digamos disciplinarias más específicas es decir fonoaudiológicas, de terapeuta ocupacional, de kinesiólogo, etc. ¿Cómo se organiza eso?

E2: Mira frecuentemente los días miércoles realizamos tres ingresos cachai y para posteriormente el día lunes eee eee citar a personas para la consulta, para la consulta con XX, con XX y conmigo. La XX la psicóloga evalúa a los usuarios frecuentemente el día martes cachai, mmm, pero se cita el día lunes mm para que sea evaluado de inmediato por los 3, y el día martes o jueves por la XX la psicóloga.

E: ¿Y esos ingresos como llegan acá?

E2: Las derivaciones son por parte de la APS, de los CESFAM y del nivel secundario. Acá trabajamos con red, trabajamos con el Hospital Padre Hurtado, con el hospital San José de Maipo y con el Hospital Sotero del Río y con los 6 CESFAM de la Pintana. Entonces luego se le agenda una hora para la consulta que dura aproximadamente 45 min.

E: ¿Y luego de que ustedes hacen esta área, pasaron la primera evaluación digamos para saber de la perspectiva más psicosocial de lo que pasa con el usuario desde las distintas disciplinas, luego hicieron la evaluación digamos fonaudiológica, del terapeuta ocupacional, digamos ya mucho más específico, luego de eso ¿Ustedes que hacen ustedes?

E2: Luego se comienza más bien con los controles individuales o de inmediato 2 a 1, 3 a 1 dependiendo de la situación, por ejemplo XX que es Kinesiólogo trabaja 2 a uno, dos usuarios por bloque, mmm.

E: Peroooo

E2: Dígame

E: Yo me refería a la elaboración del plan de trabajo ¿Es transdisciplinario o es interdisciplinario ~~es decir~~ o multidisciplinario, cada profesional se hace cargo del trastorno o de las dificultades del usuario y lo trabaja de manera individual y evalúa el progreso de manera individual o hace un objetivo común? ¿Cómo es eso?

E2: La evaluación es individual, la consulta por cada uno de nosotros es individual, ahí cada uno aplica sus pautas de evaluación y todo cachai, pero el trabajo es netamente inter y trans. Interdisciplinario en todo aspecto. En la reunión evaluamos al usuario el día lunes y el día miércoles comentamos esta evaluación y hacemos un plan de tratamiento integral cachai, transversal, objetivos transversales. Mmm te mentiría si te dijera que acá cada uno trabaja por su lado, te mentiría.

E: ¿Cómo es? Explícanos un poquitito del proceso desde la elaboración del plan de trabajo para el usuario y como lo abordan de la distintas profesiones y como es tu rol en particular.

E2: Es que varía dependiendo de cada caso, no sé por ejemplo en una persona que el objetivo transversal es que la persona vuelva a trabajar cachai, nosotros una vez que nos reunimos conversamos respecto al caso, nos enfocamos a eso, en que la persona vuelva a trabajar de

forma inter quizás contactarnos con el empleador. Aquí no pasa tanto que XX hace eso, que XX hace eso otro, no , acá hacemos todo en conjunto nos repartimos y somos súper solidarios con el conocimiento cachai, entonces la pega la hacemos en conjunto, quizás acá en muchas ocasiones hemos intervenido usuarios en conjunto XX, XX y yo, los tres enfocados en un usuario viendo diversos aspectos. Últimamente hemos estado destinando unas horas para para yo ver lo que hace XX y como quizás yo puedo integrar aspectos kinésicos en mi terapia fonoaudiológica, con XX no es muy necesario porque compartimos todo el día, comentamos mira sabi que XX con este usuario estoy trabajando esto, no sé qué opinai tú, claro... Es una constante el comentar los casos y fortalecer lo que es el trabajo interdisciplinario, que es lo que siento que es lo, que es lo fundamental, nunca multi, nunca multidisciplinario, no da ni con la estrategia ni con el enfoque.

E: ¿ Cómo organizas laa?

E2: ¿Se entiende?

E: Tu atención.. Sí, si, si se entiende, si, no sí, perooo eee. Ya ustedes tienen estas reuniones ¿Cierto? Tienen estas reuniones donde conversan, elaboran el plan terapéutico que tú nos dices que es trans e interdisciplinario, pero siempre es con un objetivo en común con el que ustedes trazan desde las distintas disciplinas para lograr ese objetivo que ustedes han trazado. Mmmm ¿En qué momento lo hacen? Reuniones de equipo, que días, que hablan en esas reuniones de equipo, como se organizan esas reuniones de equipo.

E2: Mmm mira las reuniones de equipo son todos los días miércoles de 8:30 a 12, tenemos harto tiempo para comentar los múltiples casos que hay en el centro. Comentamos todos los casos, de situaciones de usuarios que son importantes, mm vemos aspectos de los registros de discapacidad, la elaboración del informe biomédico funcional, no sé si han escuchado de lo que es.

E: No, pero nos puedes comentar de lo que...

E2: Es una nueva forma de ver la discapacidad, antiguamente el registro nacional de la discapacidad se basaba netamente en lo que es la enfermedad, pero no consideraba aspectos biopsicosociales. Ahora está el instrumento de valoración del desempeño en comunidad que lo aplicamos también los días lunes en la evaluación, el ultimo que evalúa aplica Livadec, ahí después se los muestro, aplica Livadec para luego el día miércoles una vez que la persona ya ha sido evaluada elaboramos un informe biomédico funcional porque requiere del comentario

de todos, para que luego una vez que se suma Livadec al informe biomédico funcional, social que lo hace el trabajador social del CESFAM en que se encuentra inscrito la persona, más otros documentos como el certificado de residencia, el certificado de nacimiento, la fotocopia del carnet, todos estos documentos van al COMPIM para que la comisión médica mmm determine el grado de, certifique, califique el grado de discapacidad.

E: ¿Quién lleva esos documentos el usuario o ustedes?

E2: El usuario, el usuario, nosotros nos encargamos de entregar todo los documentos a ellos, el Livadec, el biomédico funcional, el informe social además de un manual, instructivo con todos los pasos a seguir, súper didáctico para que la persona lo entienda y lo lleva la persona o el cuidador al COMPIN para que haga el trámite para el registro de la atención. Bueno destinamos horas de la reunión para esto, comentamos los casos, vemos si se están haciendo los trámites en el registro, si está el informe biomédico sin realizar lo hacemos de inmediato para estar al día. Mmmm bueno eso conversamos como les comentaba sobre los casos de algún usuario, vemos posibles derivaciones, mm planteamos los objetivos transversales y también estipulamos la cantidad de sesiones que vamos a trabajar con cada usuario en relación a la severidad, a la severidad dee . Frecuentemente acá con los usuarios trabajamos como 20 sesiones cachai, de 20 a 25 sesiones con algunos usuarios con una discapacidad que sea más leve o que se requieran algunos puntos en específicos entre 10, 5, 15 como máximo 20. Hay algunas excepciones, usuarios que han estado un año entero, ya pero por diversos factores, pero eso frecuentemente que es lo que hacemos en las reuniones de equipos

P: XX digamos ee laaa, ¿Los objetivos que ustedes se trazan son a largan plazo? ¿Cómo loooo? ¿Son a largo plazo? ¿A a mediano plazo? ¿Cómo los van viendo o evaluando el logro de esos objetivos que ustedes se trazaron como equipo?

E2: Mmm depende de lo que se haga , si yo les digiera que en todos son a corto plazo, no , hay objetivos que son a largo plazo cachai. Mmmm depende del objetivo que la persona se lora inclusión social cachai, nos enfocamos a ellos, tenemos los talleres de mantención que es un factor determinante en el cumplimiento de este objetivo en que la persona se incluya en grupos, acá tenemos diversos talleres de mantención todos los días cachai, todos los días tenemos talleres de mantención y la persona tiene la capacidad de escoger, si quiere venir a un taller de actividad física, de estimulación cognitiva, taller de huerto de huerto terapia, taller de relajación, taller de juegos. Entonces la persona tiende como a escoger y la persona una vez que escoge se integra al grupo si es que quiere y hay podemos dar por cumplido de hecho el objetivo de inclusión social, a nivel familiar también. Por eso con la visitas domiciliarias podemos evidenciar

también quizás desde la segunda vista en un comienzo una vez que ya llevamos hartos tiempos trabajando juntos trabajando con la persona vamos nuevamente para ver como se está desempeñando y ver si el objetivo que nos planteamos a nivel familiar está siendo cumplido, una vez que este objetivo se cumple consideramos si es pertinente dar el alta a la persona cachai.

E: Y en caso en que la persona o el usuario no evolucione como ustedes han esperado ¿Qué hacen ahí?

E2: Nos pasa frecuentemente que la persona no evoluciona como hemos esperado ¿Por qué? Acá es un punto súper importante es el asistencialismo, el asistencialismo es un factor que yo siento que incide en la rehabilitación, la persona tiende a esperar una pastilla mágica para que se mejore o espera que ee el terapeuta haga todo, entonces el terapeuta llega para acá, espera que XX les haga los ejercicios para la casa o que yo le haga x ejerció o listo. Pero es súper complejo el que la persona se empodere y en un comienzo en lo personal fue súper frustrante porque uno se plantea sus objetivos terapéuticos, transversal con los chiquillos y todo y me di cuenta que claro que la persona no quiere, no le interesa quizás el tragar mejor cachai, no le interesa hablar mejor, le interesa caminar bien entonces todos los objetivos que tú te planteas te dai cuenta no po: Yo no debo plantear los objetivos en base a lo que yo creo para el paciente ¡No! Sino en base a lo que la persona quiere por eso que consensuamos los objetivos, acá trabajamos en base a los objetivos consensuados: Cuénteme ¿Qué es lo que quiere mejorar? Le planteo quizás no sé en base a lo que yo evalué quizás que hay dificultades de memoria, de concentración quizás: ¿le parece si trabajamos eso? Si me parece. O quizás no, no me interesa que me ha pasado, no me interesa, no no me influye, sino ya estoy acostumbrado me interesan otras cosas. En un comienzo claro uno tiende a plantear los objetivos que uno cree que son adecuados y no lo que la persona realmente quiere iiiii eso en en que la persona se empodere de su proceso de rehabilitación, de su propia salud es un tema súper complejo. De hecho hemos tenido problemas con algunos usuarios, usuarios que claro que muchas veces nos abandonan porque se dan cuenta que aquí tienen que llevarse al centro de rehabilitación pa la casa, acá vienen dos días a la semana pero los otros 5 días el CCR se va pa la casa lo que aprendió acá lo hace en la casa o sino no vale usted se hace cargo del proceso de rehabilitación, la idea es que nos vean como un guía, facilitador.

E: La idea...

E2: Por eso muchas veces lo que les digo que el esperar una terapia asistencial es un factor determinante y en lo que son los objetivos que uno se plantea y la evolución de la persona. Dígame

E: Si, no en ese sentido ¿Cómo realizas tú la atención, la atención con el usuario? Digamos ya este paciente es cierto hay que ... hay un objetivo transversal en equipo, tienes un objetivo que tú mismo has consensuado con el paciente ya ¿Cómo se organiza la atención fonoaudiológica propiamente tal esos 45 min que el usuario viene dos veces por semana, una vez por semana?

E2: Claro en relación a lo que hay que trabajar en primer lugar cachai. Hay sesiones de 45 y menos horas en paciente estimulado, yo creo que están destinados a la atención individual bloque de 2 a 1 y bloque de 3 a 1 frecuentemente en la atención de 3 a 1.

E: ¿Qué significa 3 es a 1? Que son 3 usuarios y unnnnn

E2: 3 usuarios por bloque

E: Y unnn profesional o son 3 profesionales con un usuario?

E2: No, no el 1 a1, 3 a 1, 2 a 1 se refiere al bloque, o sea un usuario por bloque, dos usuarios por bloque o tres usuarios por bloques cachai.

E: Ya por un profesional

E2: Frecuentemente, claro quizás conmigo o puede ser con dos profesional, depende. Si con XX queremos trabajar aspectos de atención en conjunto hacemos quizás un bloque 3 es a 1 con dos profesionales mmm frecuentemente el bloque 3 es a 1 lo utilizo con personas.....

E: ¿XX es el terapeuta o?

E2: El terapeuta. Mmmm frecuentemente el bloque 3 es a uno lo utilizo para realizar ingesta terapéutica, cito a los usuarios con cuidador ee y con comida para que coman en el CCR y se logren generalizar ciertas conductas que uno sugiere en la terapia individual con ellos. Y también terapia grupales con personas con Parkinson que también se ve harto, mm de esa forma, frecuentemente en el caso de las personas con Parkinson acá se brindan una cantidad de 5 sesiones individuales para luego de a poquito ya empezar a integrarlas en grupos quizás dos es a uno, tres es a uno para posteriormente sugerir que continúen su rehabilitación en los talleres de mantención, estos talleres son guiados no pos nosotros, son guiados por monitores por personas que han sido formadas por nosotros, formadas por monitores por un largo tiempo,

cuidadores o personas con discapacidad también que se hacen cargos de estos talleres para que se un continuo. O sea la persona es dada de alta, un alta, y la persona es derivada al taller o sea a las personas con Parkinson les comentamos que la terapia se acaba cuando ellos estimen conveniente. Obviamente hay un alta que se debe dar por un tema de flujo de atención, porque hay más gente que está esperando y todo, pero en rigor la persona puede mantenerse acá en el CCR por mucho tiempo, hay persona que llevan 6 años en los talleres y tú te das cuenta que claro que la persona se incluye socialmente con todos los factores que inciden de forma positiva en esta inclusión social, y claro porque la persona se siente importante siente que cumple un rol en la sociedad, se siente parte de.

E: ¿La idea es que la persona sea activa dentro de su proceso?

E2: completamente acá el sujeto tiene que ser activo, no pasivo

E: ¿Qué se entiende por activo, ~~para que sea~~ para que ustedes lo definan como activo?

E2: Una persona que participa activamente del proceso de rehabilitación, que se hace cargo de, que no espera que uno le de todas las indicaciones y que se vaya pa la casa, que no espera una receta mágica que cure todas sus dificultades.

E: ¿Pero cómo se evalúa?

E2: ¿Cómo?

E: Qué como cuando llega una persona ¿Cómo se evalúa que esa persona va a ser activa durante su proceso?

E2: Es que no sé si sea evaluar, es que pasa porque aquí en Chile se desconoce esta forma de trabajo, si por eso les comente anteriormente que hay personas que les produce cierto como no se no me tinca cachai, porque están acostumbrados a que vayan a la terapia con el kinesiólogo y que el kinesiólogo le haga los ejercicios y pa la casa, pero que pasa desde que ingresa la persona para acá nosotros intentamos como encantar a las personas con esta nueva forma de trabajar que ellos se hagan cargo y al mismo tiempo que el cuidador se sienta el co-terapeuta, se sienta importante, activo en el proceso de rehabilitación de la persona que está cursando con un grado de discapacidad y también de forma importante con la persona con discapacidad de esa forma te puedo mostrar que la persona sea activa en el proceso, que la persona se haga cargo de de sus controles, que la persona se haga cargo de su carnet, que se haga cargo de sus horas de morbilidad en el CESFAM, que se haga cargo de de no sé, de consultar a ciertos especialistas cuando tenga una problemática física, de esa forma.

E: ¿Pero en la primera entrevista se les explica todo?

E2: Se les explica todo a groso modo, en la evaluación inicial se les vuelve a explicar. Es una explicación constante y hay personas que lo logran comprender súper bien y hay personas que no, personas que realmente no lo entienden y está bien cachai porque quizás esperan otro tipo de atención.

E: ¿Y qué se hace con esos usuarios?

E2: Se trabaja de igual forma, de igual forma cachai, pero quizás el pronóstico en esas personas, x persona con Parkinson, una persona que quizás no se empodera de forma adecuada de su situación actual de salud lo más probable que va a tener un pronóstico más desfavorable que otra persona que si, a pesar que tiene la misma patología degenerativa si se empodera y si se hace cargo de cachai.

E: XX

E2: Dígame

P: Tú has mencionado mucho el tema de empoderarse, el tema de que , la idea es que a ustedes y a ti en particular los usuarios te vean como un guía más que como como digamos un un dios que tenga la receta y la fórmula para curar, pero que haces tú digamos, que haces tú en la sesión propiamente tal que favorezca justamente el ser guía, que favorezca que el usuario se haga cargo de lo que ocurre que el usuario eee no sé sea más participativo ¿Cómo se ve eso en la sesión? ¿Qué haces tú para promover esa autonomía?

E2: Claro, o sea mira de forma interdisciplinar yo creo que todos los chicos mm me incluyo abogamos por eso cachai, quizás en el lenguaje, en el mostrar a la persona que claro oiga usted cursa con estas dificultades y usted debe hacerse cargo, depende de usted, del cuidador, que el cuidador sea un co-terapeuta, quizás que el cuidador me vea como estoy trabajando yo quizás para después el haga las actividades. Porque a mí me interesa más que la persona haga las actividades acá que las haga en su casa cachai. Frecuentemente yo le digo a los cuidadores mire póngase en el rol mío, ahora haga usted la terapia cachai , no se po terapia de lenguaje por ejemplo ya yo le entrego las herramientas a la persona que está cuidando para que brinde cierto tipos de ayudas para que la persona acceda a léxico por ejemplo, que la persona lo haga y que llegue la persona para acá y ya chiquillos acá están las láminas trabaje, yo me pongo a un lado cachai y yo observo y cuando es necesario intervenir intervengo para

que la idea que la persona tenga una terapia adecuada y que se extrapole a su contexto familiar es súper súper importante el rol que toma el cuidador como co- terapeuta y no como la persona que se queda fuera en la sala esperando o como la persona que entra y esta callada todo el rato mirando lo que uno hace, no acá la idea es enfocar la atención tanto en la persona que cursa la enfermedad como en la persona que lo está acompañado, de igual forma frecuentemente citamos a otros personajes de la familia, a los hijos, a hermanos cachai por lo mismo cachai. Siento que de esa forma se se favorece lo que tú me preguntas XX. Lo otro en las charlas grupales es lo que nos permite, las guías grupales los que les comente, todos los días miércoles hace acá actividades grupales en lo cual empezamos, intentamos hacer una especie de sinergia en lo que es tratamiento tradicional con terapias complementarias mm dentro de las actividades que hacemos por ejemplo mandalas. Bueno yo soy (risas). Mandala son esto. ~~Intentamos como~~ intentamos entregar nuestras habilidades personales, nuestros quizás talentos personales mm para los usuarios, intentamos mezclarlos con lo que es la rehabilitación. La XX es fotografía, la psicóloga, es fotografía, las fotos que vieron ahí las saco ella y trabajamos múltiples aspectos, aparte de aspectos sociales, interacción y todo trabajamos aspectos corporales, expresión corporal, trabajamos expresión facial, todas las personas que están ahí son personas con Parkinson cachai. Mm no sé lo otro que hacemos es música terapia, el XX es músico, yo igual hago música, mm entonces mm de esa forma en el trabajo grupal intentamos que se cree un grado de empatía en que la persona que quizás llega con una angustia del porte de un buque o que tiene diagnóstico de depresión del porte de un buque se dé cuenta chuta el del al lado está peor que yo cachai. Entonces súper importante el trabajo grupal, mm lo que hago yo, yo soy líder certificado de yoga de la risa, hacemos riso terapia con los usuarios y es súper súper importante el el efecto que produce la risa en los usuarios, tú le puedes buscar objetivos por doquier, te cansaría de buscar objetivos positivos para esta sinergia que quiere realizar, para el complemento más bien con la terapia convencional cachai. Entonces eso es lo que hacemos con todos los usuarios los días miércoles. Vemos documentales también, las charlas de concepto de discapacidad, vemos el video del Circo de la Mariposa y en base a eso se genera una discusión. Aquí utilizamos hartoo lo que es la educación popular, citamos hartoo a Paulo Freire cachai mmm eso tiene mucho que ver chiquillas con lo que les comentaba del asistencialismo en que la persona espere quizás en que se le entreguen todas las herramientas para que se mejore de forma automática, aquí lo que buscamos es la generación de conocimientos cachai y que la persona busque las soluciones, ahí también está el proceso del sujeto activo, o sea ya po ¿Por qué usted cree que le pasa esto? Se está sintiendo activo, si la persona llega para acá usted tiene una afasia que es un blablablá cachai o sea la persona te entendió obviamente nada, lo único que entendió que está hablando mal y

que tú vas a intentar ayudarlo que hable mejor o que se comunique mejor. Pero sin embargo si tú generas una conversación en la cual la persona busque ciertas soluciones que quizás puedan favorecer su desempeño el aprendizaje es mucho más significativo, en las educaciones grupales también mmm buscamos el como que desligamos el modelo de concepción bancaria de la educación y buscamos ya la liberación que la persona tienda a buscar las propias respuesta y en base de eso se puede hacer cargo de ee un factor súper importante que tiene que ver con lo que es con el empoderamiento del hacerse cargo de la condición de salud cachai y también quizás en base a esto uno puede tender a la autodestrucción po cachai formando monitores con este discurso que quizás la gente se dé cuenta que con las actividades de promoción y prevención que hacemos uno tiende como a la autodestrucción y no nos hemos dado cuenta que no somos 100% necesarios cachai, eso.

E: ¿Cómo organizas tú la atención de los usuarios por ejemplo? ¿El día lunes atiendes tales patologías o tal rango de edad o es al azar?

E2: Es ala azar, depende de la disponibilidad de los usuarios cachai depende de la disponibilidad si ellos pueden VENIR, si no tienen control en el CESFAM , control en neurología u otra especialidad médica cachai. Eso acá también contamos con un vehículo de traslado, un vehículo de traslado que es un recurso que está presente disponible, ~~però~~ pero en algunas ocasiones cachai porque uno de los objetivos que nosotros nos planteamos de forma inter cachai es buscar la la independencia cachai, no que la persona al salir de su casa no dependa del vehículo por ejemplo cachai, que en algún momento la vayamos a buscar nosotros, pero que en otro momento se atreva a salir solo de la casa y que utilice el transporte público que es un objetivo que nos planteamos cachai. Entonces el vehículo facilita el acceso de algunas personas para acá por el factor económico de distancia cachai, de red de apoyo también.

E: ¿Eso se evalúa caso a caso?

E2: Se evalúa en la entrevista de ingreso ahí vemos cual es la disponibilidad de asistencia y si es que puede o no venir por cuenta propia cachai. Lo que tú me comentabas claro depende de la disponibilidad de cada usuario no es que el día lunes ee vienen personas con tal características, no no para nada.

E: XX

E2: Dígame

E: Bueno ee en función de todo lo que tú nos has comentado respecto a la intervención cierto del trabajo que se realiza acá eee ¿Cuál sientes tu que es tu rol frente a los pacientes? ¿Y cuál es tu rol terapéutico propiamente tal como fonoaudiólogo, como fonoaudiólogo que pertenece cierto al equipo terapéutico que trabaja en este CCR ?

E2: Yo lo puedo definir como guía, como un guía.

E: ¿En ambos casos tanto como terapéuticamente cierto como frente al usuario?

E2: Sí, guía. Por eso es que ee frecuentemente aquí con los chiquillos igual es un tema de lenguaje pero es como tú te catalogas ante el otro, o sea claro yo soy XX ante todo pero soy XX me gustan muchas cosas pero trabajo como fonoaudiólogo cachai. Pero ante todo chiquillas yo me considero como un guía como un facilitador del proceso.

E: ¡Como un guía espiritual!

E2: Claro como una guía espiritual (risas) Pero principalmente eso cachai, no como un como un terapeuta, claro lo soy porque estudie esto, pero en rigor tiendo como a catalogarme ante los demás, porque me agrada como un tema personal como un guía, incluso como un amigo, aquí hay con muchos usuarios un lazo de amistad muy potente, nos invitan al cumpleaños, lastimosamente y va a seguir pasando hemos ido a varios funerales, historias que igual ... Esta el tema del límite terapéutico, no sé si en la universidad les pasaron, hay muchos colegas que recuerdan tu eres terapeuta y él es paciente el límite está ahí , no sobrepase el límite, pero en este contexto es imposible, no se puede hacer cachai y quizás en el contexto del nivel secundario tampoco, depende de la persona en realidad, pero el trabajo emocional igual es fuerte, es una de las cosas que es súper importante trabajar al momento de desempeñarse en neurología o en niños lo que sea. Al fin y al cabo claro un caso que me marco fue una persona con ELA que llegó aquí en bicicleta, un caballero joven con el diagnóstico reciente de ELA, pero resulta que claro se dio el proceso que cuando ya llegaba caminando, después llegaba con bastón, después llegaba con andador, después con silla de ruedas, después venía con toda la familia, después se sugirió que le pusieran una gastro cachai, después no hablaba nada, después se comunicaba con un sistema de comunicación que le hicimos junto con XX hasta que lo terminamos teniendo en la casa y después en la tumba, con el Oscar nos hicimos amigos, fue un vínculo súper potente, pero ya está bien así son las relaciones humanas interpersonales es un tema que tenemos que trabajar a full porque nos afectó mucho como equipo , ~~el ver~~ ver el deterioro progresivo y rápido que tuvo cachai. Es súper potente al igual como nos ha pasado con personas con Parkinson entonces el tema del vínculo terapéutico aquí se daa se da de una forma súper fuerte, súper potente y que a mi parecer es súper adecuado,

te ayuda muchísimo en lo que es la rehabilitación cachai, te ayuda que lo que importa realmente a la persona.

E: ¿Tomas algunos elementos de los pacientes, de la realidad de los pacientes, perdón de los usuarios para incorporarlos a la terapia?

E2: ¿Cómo así?

E: Por ejemplo no sé si están trabajando el rol laboral dependiendo por ejemplo de ee o sea del propósito digamos transdisciplinario digamos que es que el sujeto pueda no se volver a a ejercer el rol laboral y volver a trabajar cierto mm ¿incorporar en la terapia algunos elementos sociales que ayuden o contribuyan a ese propósito? no se voy a inventar si el usuario no se pinta autos y el paciente es afásico no se trabajó con los colores, no sé que se yo

E2: Si obvio, desde que la persona ingresa nos preocupamos de eso. En la entrevista de ingreso investigamos dentro de la historia familiar de la persona hasta la historia lo socio ocupacional cachai, vemos todos esos factores, vemos aspectos sociales, familiares y laborales, y en relación a eso planteamos los objetivos terapéuticos consensuados con los usuarios cachai, para posteriormente hacer el plan de trabajo mm los objetivos transversales cachai. Pero sin duda alguna es la base yo creo que si no consideraríamos estos aspectos más bien de la persona como aspectos históricos, sociales, aspectos laborales, intereses de las personas, gustos, no sé , no se no se podría hacer un buen trabajo mmm es la base, eso lo consideramos de forma inmediata.

E: yo tengo algunas dudas de lo que hemos conversado me gustaría que lo pudiéramos aclara para no seguir con la duda aquí en la mente. ¿ Ustedes plantean primero el objetivo transdisciplinario o tu planteas tu objetivo consensuado con el paciente? ¿Cómo es la jerarquía desde la elaboración del plan terapéutico porque por lo que hemos conversado estoy entendiendo que tienen un objetivo cierto que es transversal, que es común cierto de todos los profesionales que van a trabajar con ese usuario, pero además ustedes consensuan, tu como fonoaudiólogo con el paciente algunos objetivos que son propios del ámbito de la fonoaudiología así como no sé el terapeuta consensuará con el paciente aspecto que son digamos propio del área profesional de él no es cierto, en qué orden de jerarquía va esa elaboración del plan terapéutico? ¿Primero es lo trans o es lo digamos.....?

E2: Sí, si entiendo mm miren como les decía anteriormente en la entrevista de ingreso una vez que se conoce toda la historia de la persona cachai al final de la entrevista ~~le preguntamos~~ preguntamos sobre los objetivos, intereses de la persona acá en en el CCR, que le gustaría lograr, que le gustaría conseguir para posteriormente en la evaluación individual de cada disciplina se establezcan los objetivos consensuados, los objetivos terapéuticos por disciplina y que luego cada uno establezca los objetivos terapéuticos los días miércoles cuando nos reunimos en las reuniones de equipo establecemos los objetivos transversales cachai, los objetivos trasversales que ahí ya vamos a ver si los objetivos van más ligados a aspectos familiares, sociales o laborales cachai, esa es como la lógica. Primero el objetivo, ya a modo coloquial cachamos bien la película de lo que quiere conseguir el usuario para luego conversarlo quizás el día lunes casa uno de nosotros y el día miércoles ya establecer los objetivos transversales.

E: ¿Ese objetivo transversal es en función de lo que ustedes pesquisaron en la entrevista inicial y además en la la entrevista o sesión individual que cada uno hizo?

E2: Exactamente y principalmente en base de lo que quiere el usuario, eso. Los objetivos los planteamos siempre en relación a los intereses del usuario mm.

E: Mmm XX digamos en estas reuniones también de equipo ustedes emm ¿Generan espacios para hablar entorno al modelo propiamente tal, a la RBC o algunas cosas que ustedes sientan que es necesario conversarlo en equipo?

E2: Si claro mira ahora mm

E: Además de lo que es la problemática del usuario propiamente tal , me refiero

E2: Sí, si

E: En cuanto a la estrategia o del modelo.

E2: Frecuentemente y ocurre semanalmente que vamos replanteando ciertas cosas, vamos replanteando los flujos de atención , replanteando la forma en que estamos viendo a los usuarios cachai, potenciando lo inter y el trabajo transdisciplinario mmm aspectos administrativos los vemos. Pero lo que pasa en base al escrito que le comente anteriormente se generó la idea de que claro hiciéramos una especie de uno más uno que quizás los días viernes destinemos uno hora de acá de trabajo para que nos reunamos acá de conversar ~~de de de~~ de la RBC, a conversar del trabajo que que estamos realizando, va a ser quizás un realizar autocriticas cachai, ver las cosas positivas, las negativas para luego empezar nuevamente a reformular esto. Y el otro uno es quizás destinar una hora de nuestro tiempo cachai para seguir

con esta conversa entonces que sea una conversa constante porque hemos crecido bastante como equipo cachai, desde que los cuquillos eran dos en el equipo neuro, actualmente somos cuatro en neuro. Hemos crecido mucho como personas, ha sido un crecimiento personal, profesional súper potente y sentimos que si dejáramos esta conversa cachai nos quedaríamos estancados, por lo mismo destinamos ~~hora de nuestro~~ horas laborales y personales para para continuar con esto.

E: ¿Y qué tema son los que surgen en esa reuniones en torno al modelo, en torno al enfoque? ¿Cuáles son las discusiones más recurrentes que ustedes han tenido, tienen digamos?

E2: Mmmm haber ... Frecuentemente el tema de la forma en que estamos atendiendo a nivel interdisciplinario cachai, el reformular constantemente, el compartir conocimiento, el quizás como integrar los distintos saberes, como complementarlos, como hacer llegar cierta estrategia o actividades de promoción y de prevención, como hacerlas llegar a la comunidad. Hemos realizado dos ferias de rehabilitación acá en la Pintana el año 2012 fue la primera feria de rehabilitación a nivel nacional cachai, que se organizó un conjunto, no la organizamos nosotros solos y se hicieron charlas para toda la comunidad de acá la Pintana de ACV, de artrosis, habían stand informativos de maso terapia, de temas sociales cachai y eso conlleva a una constante conversación en las reuniones, planificación, destinamos horas para planificar, el año pasado se hizo la segunda feria que fue realizada en conjunto con el programa del adulto mayor. Ahí está el trabajo de inter sector cachai que es súper importante, lo hicimos en conjunto dirigido al adulto mayor que se abordaron diversas temáticas que aquejan a las personas mayores, hablamos sobre el envejecimiento normal y patológico cachai, el derecho del adulto mayor, vino gente de SENAMA a dar una charla, stand informativos, pusimos unas mesas con con actividades de estimulación cognitiva cachai, salud mental también. Entonces son múltiples mm las ideas que van surgiendo en base a la conversa que tú me preguntas, en base a esto nacen las ideas cachai, el quizás destinar cierto tiempo cachai para decir ya estamos trabajando bajo la estrategia RBC pero de que forma somos consecuentes porque del dicho al hecho, y de aquí nacen todas estas ideas en base a la conversa, de la diversidad entre todos, de las visiones diversas que tenemos todos los chicos acá que trabajan en el centro. Mmm eso replantear también las visitas quizás a usuarios que tienen ciertos rangos de edad quizás por ejemplo es una tendencia una constante que usuario mayor de 75 años abandona cachai a pesar de que claro sea una atención integral, pero frecuentemente abandona. Entonces claro nos planteamos en reunión de equipo pero que podemos hacer para que quizás la persona no abandone, tal vez sería bueno hacer un plan de intervención para estas personas a nivel

domiciliario quizás unas 5, 6 sesiones de intervención cachai, de educación también, de invitar al cuidador para acá y luego la persona es dada de alta para que no abandone porque requiere estar en rehabilitación, al menos requiere una charla, entonces este tipo de puntos son los que van naciendo en base a la conversa Paulina.

E: Y en relación al usuario propiamente tal al al como platean o manejan ustedes las actividades digamos ¿Has tenidos reflexiones en torno a eso? ¿Sí se ajustan o no las actividades cierto al enfoque, no digamos desde la perspectiva de la comunidad, sino más bien centrado en el usuario?

E2: Sí, si de hecho mira sabes una de la razones porque surgieron las actividades de los días miércoles es por eso porque intentamos también encantar. Son muchos los objetivos que tenemos detrás de estas actividades cachai de los objetivos terapéuticos, sin embargo una de las finalidades de esto es encantar, quizás que la gente salga de la terapia rutinaria que tiene acá los días lunes, martes jueves y viernes, que los días miércoles hagamos cosas distintas, de esa forma intentamos como elaborar un abordaje terapéutico distinto sin obviamente perder el norte, porque tampoco es la idea ¡Ya lo pasamos todo bien hacemos actividades! Pero todo justificado, si vamos a hacer riso terapia que que la persona venga a reírse, que lo pase la raja cachai pero al fin y al cabo ¿Porque estay haciendo esto? Por esto por esto y por esto cachai, y que al fin y al cabo permite que la persona vea chuta en verdad voy al CCR y lo paso bien, en en la buena onda que se genera quizás viene de forma muy cercana la apreciación, pero al fin y al cabo la gente lo dice, nos gusta venir al CCR, nos gusta, no es como a chuta tengo que ir al médico, no, le gusta venir para acá porque lo pasa bien porque XX es súper alegre, porque XX es súper alegre porque la XX es súper alegre, todos echamos la talla acá cachai. Entonces desde que ingresan aquí al CCR al caballero que maneja cachai, todos estamos con la misma parada, la idea es que la persona venga para acá y se sienta bien, se sienta importante, se sienta importante, se sienta parte de esta sociedad, que sea una persona capaz de exigir sus derechos, son múltiples los factores que que consideramos al momento de replantear las actividades que estamos realizando con los usuarios, para allá va la cosa.

E: Si respecto a eso igual tengo algunas dudas respectos a las actividades. ¿Los usuarios vienen lunes, miércoles, jueves y viernes?

E2: No lunes, martes, miércoles y jueves

E: ¿Los lunes que hace el usuario propiamente tal, el día martes, el día miércoles y el día jueves? Una vez que obviamente ya ha pasado el proceso de evaluación que ya

hicieron los objetivos el usuario ya tiene ahora que digamos entrar en su terapia de rehabilitación por así decirlo ¿Que-qué hace el usuario? ¿Cómo se divide? Actividades para Lunes, martes ¿Cuánto tiempo viene? ¿Cuánto tiempo está?

E2: Si mira la frecuencia semanal de atención es de dos a tres veces a la semana cachai, depende de la disponibilidad del usuario el día el que viene cachai. Ahora los días lunes, martes, jueves y viernes son actividades más bien de terapia individual o grupal, el día que se hacen cosas distintas es el día miércoles que es la actividad grupal que les comente anteriormente cachai. Mmm pero no te podría decir si es que no se la persona es citada el día lunes y que vamos a hacer, no, depende depende de múltiples factores y si es que puede venir o no, la terapia se sigue el tratamiento individual ee no es cierto o grupal, pero no no se estipula un día para trabajar tal cosa, depende también de nuestras agendas por ejemplo yo los días martes de 1 a 2 realizo actividades de deglución con los usuarios cachai, porque es previo a la hora de almuerzo cachai, es como un buen horario, entonces le pido que traigan comida y todo eso es como actividad , ese día lo tengo estipulado para realizar eso. Los días jueves está estipulado que yo hago visita domiciliaria al igual que los días viernes de 1 a a 2 y los jueves de 11 a 12 , esas actividades están estipuladas, están en el horario pero más bien las actividades clínicas, no , no , depende depende no está estipulado que día trabajamos tal cosa cachai. Mmmm aproximadamente los usuarios están en tratamiento dos a tres meses cachai, lo que si hacemos de forma extra es que quizás llega una persona con Enfermedad de Parkinson o secuelado de ACV y sentimos que sería importante intégralos a grupos sociales y la persona también quiere integrarse a grupos sociales a parte de los controles que hacemos con los chiquillos les sugerimos que vengan a los talleres, que quizás venga el día martes a las 3 y vea que le parece el taller de actividad física, porque quizás va a venir le puede gustar , se va a encantar y va a seguir participando de aquí en adelante en el taller de actividad física. Hay muchos usuarios que le dimos el alta en mucho tiempo y vienen solos para acá y los días viernes vienen los chiquillos al taller de las 3 que antes se llamaba de comunicación, pero es un taller de juego y eso les quiero comentar de ahí, llegan los chiquillos y una señora con Parkinson que es la monitora del taller y yo estoy en el computador haciendo cosas administrativas o viendo usuarios y ella llega y saca las cosas, ordena la mesa y pone una radio que hay ahí, escuchan muisca cachai. Tú lo viste yyy funciona solo el taller es autogestionado entonces quizás ahí quizás en algunos casos de usuarios que están bajo control queremos que se integren a estos grupos para ver si les agrada y si les agrada quizás empezar a trabajar a full en taller urbanos y empezar a apurar un poco los objetivos terapéuticos para que se mantenga participando en grupo, en taller de mantención. Ahora, el tema de los talleres de mantención cuando llegué para acá, me di cuenta que estaba el taller de

manualidades, el taller de juegos que hacía el XX, él formó algunos monitores para que se hicieran cargo, estaba el taller de actividad física que el XX formó, el kinesiólogo formó a tres monitores cuatro monitores eee con un manual de ejercicios para que ellos se hagan cargo de un grupo de personas principalmente con parkinson y si se dan cuenta el día martes hacen todas las actividades pero sin la necesidad de que XX esté presente, que es súper difícil, es súper complejo el que, por todo lo que comentamos anteriormente, el que la persona haga todas las actividades sin la necesidad de que esté un profesional al lado, es súper difícil como cortar el cordón y a uno a veces igual le cuesta cortar el cordón, cuando yo comencé con el taller de comunicación yo, chuta yo dije “ya aquí la idea es dirigirlo principalmente para personas con parkinson, la idea es que trabajemos aspectos de habla, aspectos de estimulación cognitiva” cachai, principalmente eso y ya po’ voy a formar monitores para trabajar tal tal cosa cachai equis, pero al fin y al cabo comenzamos con esto, pesquisé algunos usuarios que tienen características de líderes comunitarios, les interesó la idea, empezamos a conversar y comenzó un taller súper bien estimulado, súper bien conformado eran 10 usuarios y era...habían muchas actividades que iban dirigidas a funciones ejecutivas cachai, pero resulta que claro de a poquito me fui alejando, funcionaba bien, los chiquillos hacían cosas solos en un momento pensaron en tener personalidad jurídica pero aquí ya hay una agrupación que tiene personalidad jurídica que es el CAS que nace al alero del CCR, no es una agrupación es un “Centro de Acción Social Nadie Está libre” que ello...son unas chicas que han postulado a proyectos, que se reúnen acá todos los días jueves y hacen el taller de manualidades, el taller de juegos también, hacen maso terapia, fueron capacitadas en un centro de capacitación técnica en masaje, entonces estas chiquillas están en diálogo constante con nosotros cachai y ehmm trabajan con por ejemplo personas con parkinson o personas que no sé, un cuidador que tiene un alto grado de estrés yo lo derivo con las chiquillas para que se haga un masaje facial o le hagan un masaje equis cachai y entonces, no sé si dan cuenta que aquí la comunidad tiene un rol completamente activo, completamente activo eeemm eso. Bueno, en cuanto al taller de comunicación que se llamaba así en ese entonces, que de hecho yo le puse el taller de comunicación y después yo le planteé a los chiquillos “¿Les gusta el nombre?” “No” “¿Por qué?” “porque es como de periodista” me dijeron “No nos gusta, queremos otro nombre” y estaban entre taller de juegos y taller deeee nuevo amanecer cachai y al fin y al cabo no se decidieron nunca, pero al fin y al cabo es como un taller de juego, eeemm me di cuenta que claro pasaban los días viernes y yo me daba vuelta por acá, ya los había soltado me costaba igual, pero yo constantemente me estaba dando vueltas para ver qué era lo que estaban haciendo y cómo lo estaban haciendo y claro me di cuenta que todos los viernes sacaban el dominó y jugaban solamente dominó po’, o sea y yo me planteaba ¿pero qué puedo hacer ante ello? o sea al fin y

al cabo piensa XX, se están reuniendo, vienen en grupo, hay vínculos de amistad incluso entre muchos de ellos y a ellos les gusta jugar dominó, o sea qué saco yo con sugerirles equis actividad, estimulación equis a nivel cognitivo si al fin y al cabo no les agrada, lo que les agrada es esto sentarse acá, tomarse un café, escuchar música y jugar dominó ahh, lo otro que hacen es jugar memorice, lo cual es bueno cachai, es bueno pero al fin y al cabo como que uno tiende a anteponer su saber ante el de los demás y te das cuenta que no po' que no es así la cosa y ¿cómo aprendes eso? en base a la experiencia

E: ¿Hay algún otro taller relacionado con fonoaudiología o solo ése?

E2: Es que yo siento que se complementan cachai, el taller de actividad física tiene que ver también con aspectos corporales cachai, el taller de relajación el que es guiado por la XX, por la psicológica, eemmm tiene mucho que ver, se realizan ejercicios cervicales cachai, ejercicios faciales también y es por éso la conversa “sabí qué, mira: sería bueno que dentro de tu taller consideraras estas cosas cachai” ella también me sugiere algunas cosas para el taller, entonces es un diálogo constante. ¿Qué otra cosa más? el taller de juegos el día jueves que también estamo' ahí constantemente conversando con los chiquillos, tienen todos relación en realidad, el taller de huerto que hace poco está funcionando... ah!, sí y el taller de karaoke tiene mucho que ver también, de hecho el taller de karaoke taller de canto eemmm se diseñó y se creó en relación a la necesidad de estimular capacidades vocales de los usuarios cachai a nivel de respiratorio a nivel de voz, y claro comenzamos con guitarra, comenzamos con todos los instrumentos musicales que ven ahí junto con XX y al fin y al cabo claro terminó en un taller de karaoke. Hay un usuario que le gusta la música, que él es un imitador, él trabajó mucho tiempo en un circo imitando a diversos cantantes y a él le planteamos la idea de hacerse cargo del taller y todo y le gustó. Le enseñé algunas técnicas de calentamiento vocal y de verdad que los chiquillos lo pasan la raja, se reúnen todos los días acá de diez y media a doce un cuarto, los chiquillos cada vez que colocan una canción sale una conversa de 15 minutos “oh, esta canción me trae muchos recuerdos” sí la cantan, de hecho la semana pasada surgió algo súper rico que estaban cantando a capela una tonada que yo de verdad no la conocía, pero era súper linda y que todos la manejaban, todos la cantaban y después todos se dan la mano y se abrazaban y es que no sé “esto me trae recuerdo de mi infancia”, “ de cuando yo comencé a pololear”, entonces desde el punto de vista que lo mires estás en positivo y principalmente es porque los usuarios se sienten parte de, tienen un sentido de pertenencia que es súper potente. Eso

E: Acá ¿Intentan ajustarse a la estrategia de RBC o solo es una base?

E2: Es que no sé si intentamos ajustarnos, siento que trabajamos en relación a eso, o sea esta es la estrategia y tenemos que hacer RBC

E: pero ¿es como fielmente a lo que la RBC dice?

E2: m-m (afirmación)... sí, yo considero que hacemos una buena RBC, lo más probable es que quizás en algunos momentos nos salimos un poco de eso, pero yo creo que a todos nos pasa cachai, pero intentamos hacerlo de la mejor forma posible

E: y ¿en qué momentos sientes tú que escapan a la RBC y vuelven digamos a un paradigma anterior?

E2: Es que en algunas situaciones es necesario, en algunos usuarios que quizás son, lo que les comenté anteriormente que, hay personas que no les gusta trabajar en base a esta estrategia cachai sin conocerla incluso, quizás es la forma en la que trabajamos nosotros acá, entonces quizás para ellos es necesario el profesional no cierto que antepone su saber ante la persona y que requiere cierta receta de ejercicios para mejorarse y quizás eso es lo único que quiere porque tampoco podemos obligar a la gente cachai, tampoco podemos obligarla, entonces han habido ciertos casos puntuales no han sido muchos en que claro realmente la persona viene para acá, recibe ejercicios, pa' la casa ninguna actividad extra porque no pasa por nosotros pasa porque la persona no quiere, no quiere recibir y tampoco intervenimos más bien social, a nivel de otros aspectos porque tampoco lo quiere la persona, es por éso que es súper importante el consensuar "¿qué quieres tú?", "¿Estás de acuerdo?" si no estás de acuerdo está bien también no por eso te voy a juzgar, no por eso va a estar mal cachai. Eso

E: ¿Qué piensas sobre la formación de pregrado en relación a esta estrategia?

E2: escasa, siento que los puntos que se deben comenzar a considerar. Yo sé bien que en la universidad de ustedes se está considerando porque está Sara, porque hay otros colegas que trabajan en relación a esta estrategia, pero yo tuve la suerte de tener clases con Hernán Soto o sea yo igual conocía esta estrategia por Hernán Soto, por la gente del INRPAC, tuve clases con ellos, tuve pasos prácticos también, entonces en base a eso siento que claro yo tuve suerte de haber conocido esta estrategia y conocer la otra parte de la rehabilitación po' cachai, pero claro es un tema escaso

(llega un colega a hablar con XX) ...

E: Formación de pregrado

E2: ah, sí.. no, siento que es escasa que es uno de los puntos hay que considerar. No sé yo siento que el trabajo entre otros profesionales cachai, de futuros profesionales de la

rehabilitación es súper importante, quizás desde las primeras cátedras cachai eee no sé desde los primeros pasos prácticos juntar a los chicos, que intervengan en conjunto, quizás un chico que estudia fono con un terapeuta, un chico que estudia terapia con un kinesiólogo que desde ahí se vea lo que es el trabajo en equipo, de que se muestre lo que es esta estrategia, lo que es la evolución del concepto de discapacidad, yo siento que hay muchos colegas que claro por un tema netamente de formación, estos aspectos no se consideran mucho, que siento que es súper malo que no sean considerados, tienden como que quedarse en un paradigma antiguo o concepciones respecto a la discapacidad que no están acorde a la actualidad siento que ahí hay un punto que hay que mejorar

E: En relación a lo mismo, ¿Qué sientes tú de tu formación de pregrado que te ha ayudado digamos a... o que tú viertes en tu experiencia profesional acá en en en el trabajo día a día?, ¿Cuáles son digamos el aporte de tu formación de pregrado en el día a día?

E2: En primero, siento que fui afortunado en el sentido de que los lugares en los que hice práctica e hice pasantía eeemm estuve con profesional muy buenos en el sentido clínico y también tuve la suerte de estar en el San José de Maipo, que los chicos trabajan en red con nosotros y los chicos trabajan con la estrategia RBC entonces, ya conocía y tenía esbozo respecto a la estrategia. Eso dentro de lo positivo. Dentro de lo negativo, siento que es escasa la formación de esto cachai, solo porque estuve con los chicos que te comenté anteriormente porque tuve conocimiento de esto, pero siento que falta mucho, falta mucho al respecto. Lo mismo hemos conversado con XX, con el kine, él también me dice: "XX yo llegué acá cachai, y en verdad cachando nada así de RBC, por eso yo tuve que hacer cursos, perfeccionarme, tuve que estudiar mucho..." porque al fin y al cabo él también fue formado de una forma distinta. Esto no lo conocía, lo conoció acá o sea "toma mira, tení que hacer un CCR cachai, aquí está todo lo que tení que considerar: RBC! chuuu cachai entonces, es súper importante que esto sea considerado. Y también siento que hay cierto grado de resistencia por parte de las autoridades, por parte de las autoridades de ciertas escuelas del área de salud para cambiar la visión quizás, para integrar esta estrategia porque quizás ni siquiera ellos la conocen. Me refiero a esta a este grado de resistencia al conocer esta nueva estrategia porque al fin y al cabo quizás han trabajado años bajo un enfoque distinto cachai y siento que el cambio debe estar presente a nivel de escuela, a nivel de de.. no sé que esto sea transversal que no se crea que en un CCR solamente debe hacerse RBC, se debe trabajar bajo la estrategia RBC ¿Qué pasa?. Fuimos a un curso en la Chile con los chiquillos cachai y pasaba que enfermeras nos decían "pero es que esto no me sirve po" "... ¿por qué?" "Si esto lo hacen los CCR" "pero, ¿Por qué?... porque

esto es transversal o sea tú trabajas en un CESFAM y por qué no vas a utilizar la estrategia RBC... ¿por qué?” Gente en los hospitales también nos comentan “es que eso se hace en los CCR”, No po’ ¿por qué?, ¿dónde está estipulado que la RBC se realiza solamente en los CCR? en ningún lado cachai, entonces ahí está el grado de resistencia al cambio también po’, al cambio, a una nueva visión.

E: ¿Cómo crees tú que se podría incorporar eso, la estrategia RBC, o en qué medida se podría incorporar digamos en la realidad de de los sistemas de salud digamos públicos?

E2: Principalmente por la buena onda. Siento que aquí la buena onda, eee sorry por lo que voy a decir cachai, pero siento que la buena onda es un factor determinante. En primer lugar, el mostrar que estás trabajando bien, que esto funciona permite que quizás los chicos de los CESFAM o quizás de los hospitales te miren de una forma distinta “ah, chuta, funciona” y en base a eso comenzar a mostrar nuestra experiencia, comenzar a mostrar un poco nuestra estrategia, actividades de promoción también son bastante positivas para que gente de otros sectores se den cuenta de lo que es la RBC

E: Sí, no yo me refería a cómo .. en realidad a la estrategia en sí misma... o sea ¿Qué elementos de la RBC pueden ser aplicados digamos, en por ejemplo una enfermera? ¿Cómo puede aplicar la estrategia RBC una enfermera? ¿Cómo se podría considerar una visión digamos menos asistencialista y más biopsicosocial? ¿Cómo el sujeto podría ser más partícipe, podría cumplir un rol más activo? ¿Cómo podría ejercer sus derechos digamos en este sistema público que es tan clínico...por así decirlo?, ¿Cómo se puede llevar esta estrategia a una situación clínica tan rígida, a un contexto donde es totalmente distinto?

E2: Yo siento que pasa en primer lugar por voluntades porque quizás yo puedo hablar con una enfermera o quizás los chicos pueden hablar con un médico comentarle lo que hacemos acá, lo que es la RBC, pero al fin y al cabo si no está la voluntad....

E: Si tú fueras el jefe de las enfermeras, ¿Qué elementos de la RBC incorporarías en el trabajo? ¿Qué sugerencias les darías a ellas?

E2: Es que más que sugerencias Paulina, yo siento que si yo fuera el jefe y estuviera a cargo de esto y yo quiero que se trabaje en base a la estrategia de la RBC, yo siento que lo principal es que conozcan lo que es la RBC cachai, o sea yo siento que ahí hay un tema de formación, o sea que quizás asistan a algún curso, que conozcan la estrategia para que de esta forma recién

ahí logren integrar algunos aspectos eeemm más que la RBC quizás aspectos de un enfoque biopsicosocial cachai que yo siento que ahí está el tema, ahí está el punto...

E: Por eso...¿Cuáles y cómo?

E2: Lo que te comenté anteriormente, por ejemplo un tema de formación, de que la persona si tiene voluntad cachai que la persona integre nuevos elementos, nuevas concepciones cachai que quizás la persona deje de ver al sujeto como paciente cachai. Esto igual se puede comentar en el día a día si tú trabajas en el ámbito más bien hospitalario, que la persona no es una cama cachai, no es una enfermedad cachai, es una persona ante todo. De hecho, Patch Adam de cuando él corrige a un médico “no, no es un dializado, es un sujeto tanto que requiere una diálisis” cachai, entonces qué pasa, chuta tú le comentas, puedes hacerle este comentario a un médico o a equis profesional y quizás le puede generar un grado de molestia, pero yo siento que desde ahí va el tema que se deje de ver a la persona como patología, como enfermedad, como cama, como número incluso el número es un factor súper determinante y siento que es un tema igual un poco complejo cachai, pero siento que desde ahí desde un tema de lenguaje se puede comenzar el cambio, de lenguaje o sea, no sé a mi tampoco me agrada mucho el término usuario cachai, prefiero persona ante todo cachai. El otro día conversaba con un amigo y él me decía “pero ¿por qué le dicen usuario? a mí me gusta decirle cliente”, a mí me agrada menos cachai, o sea aquí por un tema de enfoque hablamos de usuario no hablamos de paciente quizás cachai, pero en lo personal ante todo persona, o sea yo considero que siempre hay que hablar ante todo persona, pero siento que el comenzar con un cambio de lenguaje cachai, el invitar quizás a encantar a los otros profesionales con esta estrategia, que quizás pueden encantarse o quizás no, sin embargo, yo no quiero que se piense que estoy diciendo que el trabajo biomédico o bajo un enfoque biomédico o el trabajo clínico es malo, es completamente necesario y ha dado muchos resultados a lo largo de la historia cachai, pero pero siento que si tú me preguntas cómo empezar a hacer este cambio... comenzar por el lenguaje cachai...Eee eso

E: ¿Qué te ha sido más difícil digamos eee en tu práctica profesional, en tu quehacer profesional? ¿qué te ha sido más difícil de aplicar de la RBC? ¿Cuáles han sido las mayores dificultades a las que tú te has visto enfrentado al t aplicar este modelo o tratar de acercarte a este modelo?

E2: En un comienzo me costó el sacarme del interior la estructura con la cual te forman, o sea tú ves a la persona y no miras más allá, o sea así sales tú de la universidad, al menos así salí yo cachai igual en un comienzo me fue difícil eso cachai, me fue difícil el salir del box cachai, el

quizás el trabajar con la puerta abierta, eee no sé éso fue súper complejo en un comienzo para mí porque yo claro yo veía que los chiquillos lo hacían de una forma distinta, pero no po' si a mí siempre me dijeron trabajo con una persona, que es en un ambiente cerrado, que hay que ver diversos aspectos ambientales cachai, una estructura súper rígida con tablas de registro cachai y en un momento yo lo hacía así, pero al fin y al cabo solo me fui dando cuenta que claro aquí no sirve, o sea es necesario, siempre es necesario tener un grado de estructura pero al fin y al cabo me di cuenta que claro aquí en el CCR no me sirve éso, entonces, me hice la propia invitación a buscar una nueva forma de trabajar

E: ¿Aquí cómo se lleva un registro de cada usuario?

E2: mediante fichas, mediante fichas clínicas, lo otro es el REM: registro estadístico mensual y también por rayén, que es un sistema computacional el cual permite ver la evolución del usuario a nivel comunal, o sea yo puedo ver cómo le fue al usuario en el médico, qué comentarios hizo el médico, qué sugerencias le dio el neurólogo o la enfermera cachai. Son esos tres registros, pero principalmente la ficha .. la ficha clínica

E: ¿Qué modificaciones hiciste tú finalmente en tu quehacer profesional a partir de esta reflexión que hiciste digamos de las dificultades a las que te viste enfrentado? ¿Cómo fuiste modificando...eee?

E2: compartiendo experiencia con los chiquillos, con XX, con XX con un par de cervezas que fueron realmente positivas para generar confianza y que realmente me orientaran cachai y en base a eso fui replanteando constantemente la forma en que estaba trabajando claro si cada uno se pone de acuerdo...porque claro si al fin y al cabo yo quiero entregarle la mayor capacidad de herramientas al cuidador cachai, puedo hacerlo po' puedo estar con dos, con tres puedo hacer terapias grupales, puedo mirar má' allá entonces fue un proceso lento pero continuo cachai, y que ahora siento que siempre todo debe ser mejorado cachai, pero siento que el cambio de la forma en que atiendo actualmente a la que atendía hace dos años atrás cuando llegué pa' acá que era un pollito cachai que a todos los trataba de "usted" ha sido bastante importante, pero eso ha sido principalmente XX en base a la conversa con los chiquillos y en base a la buena onda, en base al quizás salir del trabajo y no sé ir a algún lugar a tomar una cerveza o comer algo y conversar conversar , estar abierto a crítica que muchas veces que te digan "sabí XX la forma en que estai viendo a la persona y siento que estai siendo muy cerrado, no estai mirando má' allá", que quizás a uno le pueden decir eso y "pucha qué te metí po, si yo sé cómo lo veo" pero no po' si al fin y al cabo te dai cuenta que todos te pueden criticar aquí al menos siempre es constructiva, también como yo le he hecho comentarios a los

chiquillos... perdón (tose) perdón eso y se da por confianza porque yo sé que el comentario que me va a hacer el XX no va a ser para destruirme, no va a hacer una crítica porque “mmm no sé te quiero chaquetear” o lo mismo con la XX si yo le hago un comentario o al XX es netamente para seguir creciendo, pasa frecuentemente que estoy aquí trabajando con un usuario no sé deglución por ejemplo y XX llega y me dice “XX, te hago tal sugerencia mira: mira el pie derecho sabí que tení que ponerlo un poquito má' allá” y bajan cachai, pucha vale XX, se me pasó, no me dí cuenta, no lo había considerado y lo conversamos no me va a molestar tal cual como que quizás si el XX está trabajando con un usuario y veo que hay una forma distinta de hacerlo lo cual va a ser positiva para la persona, lo hago, él tampoco se va a molestar porque hay confianzas cachai y hay respeto

E: ¿Crees que esta estrategia tiene alguna desventaja?

E2: Eeemmm ¿desventaja?... (silencio) mmm... una de las desventajas es la que les comenté anteriormente el tema de la... está estrategia, está estipulada, es ministerial que se debe trabajar en base a esto en atención primaria cachai, pero sin embargo es la formación siento que ahí hay una desventaja en la formación de los profesionales que trabajan relación a esta estrategia siento que igual es escasa cachai no en todos los casos cachai, ¿Qué otra cosa? siento que ha sido poco difundida, siento que falta difundirla aún más ehmm y que salga del nivel primario si al fin y al cabo no es aquí no ma' donde se puede practicar lo que les comenté anteriormente, eemmm ¿Qué más? siento que es fundamental el que....

(golpean la puerta y XX responde: sí pase. Llega un usuario al que debe atender) Tengo usuario, ¿Lo podemos dejar hasta aquí?

E: sí

E2: si tienen alguna duda puntual mientras tanto

P: sí, una última pregunta que es a partir del principio eee

E2: qué hora es...

D: Son las doce veinte

E2: uuuhh ya

E: tú al principio hablaste que sentías que para poder trabajar acá había que tener un perfil, que no todos los profesionales encajaban digamos con lo que se requería en esta

institución bajo esta estrategia y en realidad quiero saber cuál es ese perfil que tú consideras que debe tener el profesional que trabaje acá

E2: Ah sí, ahora no quiero que se piense que ese comentario que hice es como no sé “el tipo que no cumple con el perfil no cuenta” no, para nada, para nada cachai. Yo siento que el perfil del profesional que trabaja en RBC debe ser una persona abierta, abierta en todo sentido cachai, abierta quizás a conocer nuevas experiencias, nuevas formas de trabajo, al estar dispuesta al cambio eeemm ¿Qué más? el tener un adecuado manejo a nivel de relaciones interpersonales cachai, el trabajo en equipo es súper importante en esta estrategia cachai estar dispuesto a trabajar en equipo, a realizar esta especie de engranaje para realizar un trabajo en equipo inter y transdisciplinario eeemmm éso principalmente, lo que les comenté anteriormente o sea un profesional que se inclina mucho hacia lo clínico siento que no es bastante positivo en cuanto a lo otro, a lo social. Eso principalmente.

E: tú hablaste en algún momento no cierto y nos comentaste en algún momento que la atención a un usuario dependiendo de cada caso podía ser abarcado digamos por un profesional o dos en la sesión o la terapia, ¿En qué situaciones se hace necesaria una intervención interdisciplinaria digamos con el usuario?

E2: O sea un bloque trabajando con los chiquillos o sea los tres profesionales con un usuario...

E: sí, claro o dos profesionales con un usuario

E2; es que varía porque en aspectos de deglución por ejemplo en el caso nuestro el XX se integra de inmediato en el tema de las técnicas cachai, evaluamos en conjunto si es que la integración de cierta ayuda cachai va a generar un mejor desempeño en la casa y por ende una mayor autonomía, un mayor grado de independencia al momento de orientarse en la casa, en el caso mío ustedes saben aspectos deglutorios y en el caso de XX aspectos posturales quizás cómo... cómo quizás el posicionar de mejor forma a la persona, cómo generar una adecuada postura desde la punta del dedo del pie cachai hasta la frente. De esa forma en algunos casos la hacemos en conjunto cachai o también cuando hemos hecho intervenciones en conjunto queremos ver el desempeño de tal persona con afasia cachai en la feria cachai, vamos a una feria que tenemos al lado, vamos con XX y aquí todos los chiquillos le encargan cosas, va con una lista la persona y vemos si es capaz de hacer compras por ejemplo de manera autónoma. Ahí ese tipo de intervenciones las hacemos de forma inter. Eso... chiquillas discúlpeme que el usuario me está esperando... ¿Qué les pareció?

ANEXO 5

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA FONOAUDIÓLOGO 3

Simbología:

...	: pausas
Tachado	: reformulaciones
()	: Aspectos paralingüísticos, interrupciones, etc.
XX	: nombres de personas
E	: entrevistadores
E3	: entrevistado 3

E: Queremos que nos diga como....su profesión, dónde la estudió, cuántos años

E3: bueno, yo soy fonoaudióloga de la Universidad de Chile. Salí el año 2012... eee... hice mis internados generalmente en hospitales públicos e hice uno de mis internados en una clínica privada que es la Universidad Católica y yo creo que eso ayudó enormemente a que este fuera mi norte, trabajar en el servicio público con defectos y virtudes

E: y por qué... que fue la.... ¿Qué fue lo que le llevó a trabajar en el sistema público?

E3: O sea, en realidad yo creo que es una decisión bien larga. No creo que haya sido una situación en particular, pero por mi inclinación política y por el trabajo social que yo siem... o que traté de realizar desde adolescente en adelante, siempre sentí que la educación... o sea, la educación pública y el servicio público en la vida en salud era un trabajo súper vilipendiado, como....como si fuera malo, como si por ser salud pública listo es malo, los profesionales son pencas, como si todo fuera terrible y yo en realidad siempre tuve una impresión súper distinta. de hecho, yo siento y no quiero que suene medio mesiánico, pero yo siempre he sentido que trabajar en un servicio público es un poco.... (risas)... va a sonar chistoso, pero ... yo siento que uno entrega muchísimo en su trabajo, no quiero decir que es un apostolado, pero uno no es bien remunerado en el servicio público, hay mucho trabajo, hay pacientes que son mmmuy agresivos, hay muchas faltas de respeto de pronto tanto con el resto de los profesionales, con los técnicos, de pronto.... a grosso modo desde el paciente hacia uno, entonces de pronto siento que es un poco la misión de uno como profesional joven tratar de hacer que las cosas cambien, entonces para mí siempre fue una inclinación trabajar en el sector público y cuando trabajé en el área privada no me gustó tanto y cuando fui interna del servicio privado tampoco me gustó, entonces tengo muchos reparos en realidad como hacia lo que se realiza eee, como

cuáles son los límites de trabajo en el servicio privado nunca me agradó mucho, por otra parte siento que los más necesitados, los más vulnerables son personas que se atienden acá y siento que esa es un poco la misión de uno sobre todo si estudiaron en la Universidad de Chile.

E: ¿Este es su primer trabajo?

E3: no

E: ya, Quiero que me cuente cuáles fueron los otros y cuántos años estuvo ahí

E3: bueno, yo salí el año 2012 de la U en enero y bueno se dio la posibilidad de hacer un reemplazo en CAPREDENA pero (tono enfático), como en la universidad entregan los títulos en forma muy tardía y todo es burocracia nunca tuve mi título a tiempo entonces me perdí esa gran oportunidad porque a mí me gustaba mucho también el trabajo que se hacía en CAPREDENA. Bueno, perdí esa oportunidad y la verdad es que en el minuto, en ese momento de mi vida no tenía la necesidad imperiosa de trabajar en forma inmediata, entonces... Ah! mi trabajo, entonces no pude trabajar en CAPREDENA, entonces insisto en ese minuto no tenía la necesidad imperiosa de trabajar en forma remunerada como en lo inmediato. Como yo había hecho acá mi internado y también hice una pasantía acá entre cuarto a quinto, entonces vine a hablar con XX y le pedí que si él me podía aceptar una pasantía de perfeccionamiento y sí, me dijo que no había problema. yo en ese año el 201 tenía un viaje planificado a Venezuela en Junio, entonces claro o sea, era difícil conseguir un trabajo y decir “perfecto yo trabajo pero me voy dos semanas en junio porque tengo un viaje planificado”, entonces no po’ preferí.. dije “vamo’ a hacer esto más relajado” y empecé a hacer esa pasantía con XX desde fines de febrero hasta Junio. Durante ese tiempo hice puros domicilios, entonces... y en realidad uno cuando trabaja en domicilio le va bastante bien

E: ¿De manera particular?

E3: sí, de forma particular entonces hacía domicilio fundamentalmente abocados hacia la vía del lenguaje y la deglución en adultos. entonces, fue un tiempo bien enriquecedor. Después me fui de viaje y ahí como que me puse a buscar trabajo en realidad. Entonces claro la primera oportunidad laboral que se dio fue en una escuela de lenguaje y yo siendo súper honesta nunca me gustó niños en la universidad, no tenemos mucho feeling a pesar que hice mi internado con la Virginia Valera y ella es seca entonces igual como que me gustó un poquito más y ya po’ listo ok tomemos el desafío y empecé a trabajar en esta escuela de lenguaje. Trabajé ahí como desde Julio hasta Marzo yo creo del 2013 porque en ese momento se dio la oportunidad de como reemplazo a una clínica de atención domiciliaria que trabajaba con pacientes agudos y

subagudos que utilizaban traqueostomía y gastrostomía entonces me pareció mucho más abocado a lo que a mí me gustaba hacer y ya tenía también la experiencia de este otro trabajo que no me gustaba tanto, pero era un trabajo... igual aprendí a quererlo también y en esta clínica de atención domiciliaria claro ahí trabajaba con paciente adulto y paciente pediátrico de hecho prioritariamente era paciente pediátrico eee y ahí trabajábamos claro con criterio de decanulación de traqueostomía, reanudación de alimentación oral en niños más chicos, etc. y luego en Julio o agosto del año 2013 se abrió este cargo al público y ahí se dio la oportunidad de postular y postulé y quedé. Ese fue mi proceso de...

E: pero usted estuvo buscando si salía el cargo... ¿le avisaron?....

E3: No, en realidad me avisaron

E: ah ya

E3: sí, o sea igual obviamente insisto el mundillo fonoaudiológico es súper chico entonces uno siempre se entera de los movimientos que existen o sea, justamente en ese momento cuando se abrió este cargo se abrió también un cargo en la mutual de seguridad entonces, claro “XX postula a este cargo” y yo “no, ¿privados? no, no quiero más privados”, entonces ya filo no postulé y después se dio la oportunidad que se abrió este cargo y ahí ya obviamente postulé y tenía pánico, pero quedé así que fue... eso fue más o menos el proceso de entrada

E: ya, ahora queremos que nos cuente un poquito como del horario que usted trabaja aquí, con qué tipo de pacientes, el diagnóstico como más frecuente, el espacio... este si es estratégico o fue el que había...

E3: Voy a partir por lo más agraz. Este espacio es un espacio casi cedido eemmm este cargo puntualmente se abrió el año 2012. Entonces el año 2012 la colega que ingresó acá ingresó a abrir una unidad que no existía. Este programa es la unidad de tratamiento de accidente cerebrovascular. Le contaba a las chicas de la práctica que en el J Aguirre hay una UTAC que es como el modelo que nosotros deberíamos seguir, pero en realidad en el servicio público todas las cosas son medias chantas en realidad entonces la organización con la que se dio el trabajo de la UTAC era totalmente distinta, o sea se gestó como una UTAC móvil, entonces yo atiendo exclusivamente a pacientes con accidente cerebrovascular, pero claro el tema es que acá a diferencia del J Aguirre los pacientes están diseminados por todo el hospital, entonces... o sea, yo tengo dos salas de neurología que son Donoso y Ducchi hombres y mujeres, pero yo parto mi trabajo en la urgencia entonces el paciente ingresó hace dos horas con un accidente cerebrovascular... perfecto. Reviso el libro de ingreso, paciente con ACV, me voy a hacer la

evaluación y la idea es ahí hacer un screening en relación a las patologías que pueda tener dentro de nuestra área y puntualmente determinar si el paciente necesita o no sonda nasogástrica o si necesita o no gastrostomía, si es rehabilitable o no, etc. esa es más o menos la puerta de entrada a mi trabajo y claro ello implica caminar por todo el resto de las salas buscando otros pacientes ACV que puedan requerir intervención. Entonces, claro este cargo se crea bajo la necesidad de contratar otro profesional fonoaudiólogo por cuarenta y cuatro horas, yo trabajo acá de ocho a cinco de lunes a jueves y de ocho a cuatro el día viernes y el otro cargo que existe es el cargo de XX que lleva quince años de ejercicio en realidad acá en el hospital y tiene el mismo horario que yo, pero él se desempeña: policlínico, unidad de paciente crítico y en sala... sala básica como la que trabajo yo, ve a todos los pacientes que tengan trastorno neurológico que necesiten atención fonoaudiológica y que no sean ACV. Entonces, claro cuando se abre este cargo y llega este segundo fonoaudiólogo a trabajar con XX obviamente baja considerablemente la demanda porque claro yo acá tengo un promedio de dos a tres accidentes cerebrovasculares nuevos al día. Eso significa que en la semana tengo de diez a quince pacientes nuevos más todos los pacientes anteriores con los que tengo que hacer rehabilitación, entonces... y eso yo solamente porque XX tiene a su cargo no sé cinco pacientes en la unidad de pacientes críticos, tiene diez pacientes en sala y.. entonces, en realidad acá el trabajo es exhaustivo

E: ¿y esa como rehabilitación la hacen en el período que están en sala?

E3: exactamente, entonces claro, o sea el tiempo que yo tengo para trabajar a diferencia de lo que pasa en un CCR es súper acotado, o sea yo tengo de catorce a diecisiete días que es el promedio que el paciente está hospitalizado acá y claro el paciente tampoco está hospitalizado porque necesite rehabilitación fonoaudiológica ... el paciente está hospitalizado porque necesita hacer los estudios etiológicos para determinar la causa de su ACV y hacer el proceso de neuroprotección. Ahora, ha habido casos en que los pacientes cuando se decide que no se van a estudiar necesitan quedarse acá exclusivamente porque yo necesito sacarles la sonda porque por política del ministerio de salud el paciente no se puede ir del hospital con sonda nasogástrica entonces sí se ha dado que hay pacientes que se quedan un tiempo más por.... o sea no un tiempo más, pero por ejemplo llega una abuelita de noventa y cinco años y no la van a estudiar la única que tiene que intervenirla soy yo, entonces el paciente se queda hospitalizado el tiempo que amerite intervención fonoaudiológica y después el paciente se va a la casa idealmente comiendo por boca o con gastrostomía en caso de que sea un trastorno severo de la deglución y bueno, también tenemos la forma de articular el trabajo que nosotros hacemos acá con el resto de la red asistencial que existe en el servicio de salud metropolitano

oriente, entonces por ejemplo, nosotros sí derivamos pacientes por ejemplo al CCR de la reina donde la colega allá puede recibir al paciente ya no en etapa aguda e intervenir lo que sea prudente intervenir en las sesiones que ella estime conveniente, pero claro o sea, yo acá tengo que lidiar con que o sea no sé yo llego a ver al paciente a las ocho de la mañana y están pasando visita médica y me tengo que sumar a la visita médica porque no puedo ver al paciente, a las diez de la mañana están haciendo aseo de confort, no puedo ver al paciente. De doce a dos está la familia y ver al paciente con la familia en etapa aguda es súper difícil porque o sea tengo que estar con un paciente que tiene riesgo de aspirar, que está la familia así como interviniendo entonces no es algo que me resulte cómodo en el momento agudo, obviamente me imagino que cuando uno está trabajando con un paciente en un proceso de rehabilitación la idea claro es incluso trabajar más mancomunadamente con el resto del equipo, pero acá se hace súper difícil porque yo veo un área súper puntual po' y el resto de los profesionales tampoco tiene tanto tiempo pa estar conmigo, que yo le explique lo que estamos haciendo o la familia de pronto se pone súper nerviosa porque no sabe muy bien lo que está pasando y a pesar que uno hace el trabajo de educación y por ejemplo yo sí a veces le pido a los familiares que se queden conmigo, que intervengan conmigo el proceso de deglución siento que genera muchísima ansiedad también de parte de ellos y se la transmiten al paciente, entonces tampoco es algo que a mí me beneficie mucho en el período agudo. Insisto me interesa remarcar éso porque yo sé que el modelo biomédico está absolutamente out pero en realidad el trabajo que nosotros realizamos acá y el trabajo con un paciente en fase aguda no sé si pueda desarrollarse de otra manera, o sea yo siento que...y ojalá esto lo puedan poner con letras rojas en su tesis, pero siento que cuando uno trabaja en este ambiente en beneficio del paciente y cómo sacarlo sacarlo de la fase aguda es lo más importante y de pronto para eso, yo sé que a nosotros nos forman para otra cosa, nos forman para estar con la familia, para hacer un trabajo interdisciplinario, multidisciplinario y suena súper bonito en la teoría, pero cuando uno está con un paciente que está confuso, que está con una afasia global, que... no sé está sondeado por todos lados, que está intervenido entero, lleno de monitores hacer pasar a la familia por eso me parece que no sé si tiene tanto sentido, entonces en lo personal para mí lo ideal es hacer que la familia intervenga cuando el paciente ya está estabilizado y cuando hay algo que ofrecer también porque si el paciente lleva dos días y me preguntan cómo está tengo que decir que está mal no ma' no tengo otra opción y me carga hacer éso entonces yo en lo personal claro prefiero que esa sea la intervención familiar..... en el proceso estable del paciente.

E: Entonces, aquí se ve al paciente en etapa aguda, luego se deriva...

E3: Exacto

E: ¿No hay como un seguimiento acá, en este sitio?

E3: O sea, uno hace un seguimiento pero en lo personal, o sea si el abuelo vuelve a la urgencia yo con mi memoria de elefante recuerdo que lo vi en enero de 2014 y claro “oiga, qué pasó, cómo le fue en la rehabilitación”, pero no hay seguimiento formal, o sea uno en lo individual puede tener muchos intereses pero no existe la formalidad, o sea nuestra pega acá en el servicio se acaba cuando el paciente se va de alta y nosotros llenamos estas epicrisis que están acá y estas epicrisis las enviamos al centro de rehabilitación: CCR la reina, el Pedro Aguirre Cerda donde corresponda. Se envía esto con el resumen de toda la atención que nosotros hicimos y al paciente le dan la hora correspondiente en el centro de rehabilitación y ahí se acabó nuestra intervención. Eso es en lo formal, así está diseñado y eso se envía también a la red de rehabilitación del servicio de salud para que también sepan en qué están cada uno de los pacientes con accidente cerebrovascular que han ingresado

E: Aquí....¿Usted trabaja de manera individual o hay un equipo?

E3: Somos un equipo, un equipo con terapeuta ocupacional, con kinesiólogo eee con becado en neurología y el fonoaudiólogo, pero claro o sea finalmente la forma de trabajo es tremendamente individual, o sea yo siento que, desde lo particular, por ejemplo desde mi inquietud personal me encanta la vía respiratoria, entonces para mí por ejemplo es muy interesante trabajar en forma conjunta con el kinesiólogo sobre todo en pacientes que requieren procesos de aspiración por secreciones, etc. entonces siempre trato de trabajar con el kinesiólogo a cargo del paciente: lo aspiramos, le ayudo un poco con los ejercicios motores, pero claro es porque yo me intereso en éso y porque claro mi equipo igual mucho mayor que yo po’, o sea los kines tienen sesenta y tantos años, la terapeuta ocupacional tiene treinta y dos, pero y con él..y con ella también tratamos de hacer un trabajo má`ma’ ma’ ma’ dinámico, má’ relacionado entre nosotras o no sé po’ con el equipo de nutricionistas por ejemplo, también son casi todas mayores, entonces las que somos más jóvenes tratamos como de juntarnos y nos hablamos por WhatsApp: “oye, sabi que estamos en esto con este paciente... ya, ¿qué me podí ofrecer?” “ya hagamos esto” “perfecto” pero claro o sea en el fondo es una inquietud personal no es algo que se dé en todo el servicio eee.

E: ¿Son como estrategias que usted ha buscado como para poder intervenir en forma más... de forma más conjunta, integral?

E3: Claro, porque en el fondo lo que acá se plantea es: “yo veo al paciente, escribo la evolución clínica y todo el resto de los profesionales tienen que ir leyendo lo que yo puse” y así con todo,

pero en el fondo es súper poco eficiente ese sistema po', entonces para mí lo ideal es escribir y después darme la lata de ir profesional por profesional contándole "oye, sabís que con el paciente 19 estamos en esto..."

E: ¿Eso lo hace siempre?

E3: Siempre, por eso mi dolor de cabeza (risas).

E: ¿pero eso es personal? ¿los demás lo hacen como usted... o igual?

E3: Yo creo que uno igual los va adoctrinando un poco, entonces claro yo cada vez que me encuentro a un kine en el camino "oye ¿en qué está con el paciente?" "Ah ya, en esto" eee "ya po', vamos a verlo junto" "ya bakan" y como que lo vamos a ver, etc.

E: pero ¿no hay reuniones de equipo como para conversar el caso?

E3: sí, si existen pero en realidad las reuniones de equipo se dan de forma bien estratégica porque se dan cuando los pacientes se van de alta, entonces la discusión cuando el paciente está hospitalizado se da de una forma tremendamente azarosa, no es algo que esté prefijado. Ahora último hace como dos meses yo plantié esa inquietud, entonces decidimos que nos íbamos a empezar a juntar todos los lunes a las cuatro de la tarde para conversar un poco en qué estamos con los pacientes y como que en el fondo ya no sea una conversación de pasillo y que ya no pase por el interés personal que cada uno pueda tener en relación a la evolución del paciente, sino que se dé de una forma claro más formal, más protocolar. Estamos ... estamos en eso...estamos articulando la reunión de los lunes a las cuatro...

E: ¿Ha resultado o no?

E3: tamos en eso en realidad porque claro acá también hay tanto paciente que dejar de estar una hora en sala es un tema y claro también cuando hay gente que lleva muchos años trabajando en esto también es difícil pedirle que disponga tanto de su tiempo. Entonces, sí los días miércoles nos juntamos sagradamente porque damos las altas los días miércoles, entonces los miércoles llenamos estas hojitas, conversamos dónde fue derivado cada paciente, si hay alguna necesidad especial que decirle a los colegas que estén fuera del hospital, etc. pero claro o sea la discusión interna de lo que se realiza con cada uno de los pacientes acá se se da de una forma súper informal y por lo tanto bastante precaria por lo general, pero estamos trabajando en éso.

E: y en esta especie de equipo ¿hay alguna jerarquía o todos están iguales?

E3: No, no hay jerarquías definidas, cada uno tiene patria y potestad sobre su intervención profesional, o sea... a ver, o sea, yo sí tengo mi jefe fonoaudiólogo que es XX por motivos obvios y sí hay un jefe de kinesiólogos, pero esa jefatura no tiene mucha relación con lo que se hace en la práctica, o sea es algo más administrativo, o sea si yo tengo una inquietud se la planteo a mi jefe de fonoaudiólogos que es el otro fonoaudiólogo y él se lo plantea al jefe del servicio, pero pero claro es como dentro de la formalidad porque en realidad no tiene mucho sentido esa ...esa división, o sea yo tengo muy buena relación con mi jefe de servicio por ejemplo o no sé po' yo hablo directamente con el jefe de kine... como que no... no se da esa casi jerarquía... insisto, no sé si es porque yo llegué hace poco y porque como que todavía estoy con el ímpetu juvenil, no lo sé muy bien en realidad, pero a mí no se me ha dado tanto esa cosa como de .. de tener que elevar carta para hacer tal petición... no. Acá como que en realidad tenemos un trato bien horizontal todos o con los becados, por ejemplo, o sea una cosa que es una tontera pero no sé po' yo jamás le he dicho doctor a un becado, o sea pa mi' es el XX ¿cachai? o sea, tenemos una muy buena relación y nos comentamos todo lo que pasa y ellos me dicen "XX por favor podí ir a ver a este paciente", "ya ok, pero espérame un rato", como que tratamos que sea más horizontal, pero también es porque los más nuevos que hemos llegado como los más nuevos tenemos también ese estilo comunicativo, pero no es algo que se dé en lo general.

E: Aquí, ¿Cada profesional arma su objetivo específicos según su área?

E3: sí, sí, eso no tiene más respuesta que esa

E: Lo otro, como fue el... porque ya, el cargo como que se abrió el 2012, entonces igual tú llegaste y había... llevaba poco el cargo, entonces ¿Cómo fue el trato de los otros profesionales hacia esta área nueva?

E3: Eh una pregunta bien interesante porque al principio... a ver, yo voy a hablar súper desde mi experiencia porque.....

E: Lo que usted sintió, lo que a usted le pasó

E3: sí, como yo sentía que esto era lo más maravilloso de la tierra y yo soy un poco idealista, entonces para mí trabajar en el servicio público era el mejor trabajo del universo, como que fantaseaba un poco con la idea de andar por el hospital así con el pelo al viento, etc, pero en realidad los primeros meses fueron horribles, (en tono enfático) horribles, o sea yo tengo una muy buena relación con mi jefe porque fue mi profe y de hecho le sigo diciendo profe y yo creo

que si no hubiera sido como por el gran apoyo que me brindó los primeros meses que estuve acá hubiera sido insostenible, de verdad que sí, o sea de partida como les decía de partida gran parte del personal lleva por lo bajo quince años trabajando, entonces que venga una cabra chica a decirle “oiga sabe que.... necesito que no siente al paciente de esa forma cuando tiene que comer” o sea, ardía troya. Me acusaban con la jefa, la subjefa, con la presidenta así como que era terrible, de verdad que era terrible, entonces mis primeros meses acá fueron de a cada rato... “eee... señorita XX sabe que necesitamos que venga a la oficina de la jefa de no sé qué cosa”.... porque había un reclamo de que yo había hecho no sé qué cosa. Fui aprendiendo en realidad, fui aprendiendo del trato y de que hay gente que acá es súper delicaita de cutis entonces uno tiene que ser tremendamente cuidadoso con cada cosa que le dice y de hecho yo creo que si me paso gran parte del día corriendo tras de todos el resto de los profesionales o de los técnicos o de los auxiliares diciendo lo que pasa con cada paciente es precisamente porque quiero cuidar la estabilidad que se ha logrado ahora....hasta ahora, claro porque de pronto viene la alimentadora a decirme... a pedirme explicaciones de por qué pasa esto con este paciente y yo la entiendo po’ si lleva cuántos año’ trabajando acá, no tiene por qué ella acoplarse a mi forma de trabajo, soy yo la que se tiene que acoplar, ‘tonces ya yo le hago una hojita “Señora tanto mire en la cama siete tenemos esta necesidad con este paciente, le pido por favor que lo haga toser entre medio de cada cucharada, etc.” entonces como que he ido acomodando mi forma de trabajo para que sea lo menos disruptiva posible para el ambiente, pero ha sido complicado, o sea insisto yo creo que con las personas jóvenes que estamos trabajando acá no tenemos mayores problemas porque claro también todos venimos de una escuela ma’ o menos similar. Acá casi todos son de la Chile, entonces todos má’ o menos nos conocemos

E: se entienden...

E3: claro, pero con la gente que es mayor ha sido súper difícil

E: Además, ellos tampoco están acostumbrados a tener un fonoaudiólogo en esa área, o sea... llevan dos años recién

E3: Claro, y un fonoaudiólogo que esté cuarenta y cuatro a la semana en sala, porque claro donde es éso como tiene poli, está en la unidad de paciente crítico, tampoco está todo el día en la sala de pacientes hospitalizados, pero yo sí, entonces es a mí a la que llega el familiar a retar por no sé qué cosa o en el fondo eres como la piedra de tope y además claro como somos una profesión super nueva entonces es cómo qué diablos es un fonoaudiólogo, así como.... o sea, me ha pasado muchas veces que tenemos pacientes por ejemplo hospitalizados en el pabellón

de cirugía y uno va así como “ah, vengo a ver a este paciente” y la enfermera o el becado me dice “interna”, te dice “y ¿por qué tú estai viendo pacientes adultos si tú sacai erres” poco menos, y yo así “bueno, la misión del fonoaudiólogo...” y como que ahí saco todo lo que.... pero en el fondo a la gente le cuesta mucho trabajo entender lo que nosotros hacemos, pero también yo siento que gracias al trabajo de XX y gracias al trabajo que hizo la colega anterior, el trabajo que yo he hecho yo durante estos meses nos estamos posicionando súper bien, entonces por ejemplo para mí es, igual es fome pero es enriquecedor de cierta forma (depende del ángulo que se mire) cuando uno por ejemplo va llegando a una sala de medicina interna y se acercan todos los becados que son jóvenes también no sé treinta años y te dicen “oye, ¿tú eris la fonoaudióloga? pucha, sabís que ¿Me podís ver a este paciente porque de verdad no sé qué hacer?” y es como “ooh qué choro”, “qué choro que tengan la necesidad de un fonoaudiólogo”, pero por otra parte qué fome no tener el tiempo que desearía tener pa’ poder intervenir a todos los pacientes que me necesitan, pero claro también siento que se ha ido gestando la necesidad y hemos ido haciéndonos reconocer por parte del equipo de salud en relación a la importancia que tiene nuestro trabajo, pero... pero siento que eso se ha dado lo’ último’ años, no creo que sea algo tan extensivo

E: ¿Cómo organiza usted la atención de los usuarios?

E3: eee bueno, como tengo hartos ingreso’ en la mañana...y bueno... yo tengo hartos ingresos y tengo harto trabajo administrativo también, entonces en la mañana trato de dejar todo lo administrativo o sea, como la primera fase de lo administrativo listo y hacer todos los ingresos, hacer todas las evaluaciones y diagnósticos ahí me doy todas las vueltas pertinentes para informarle a todo el mundo del trastorno que tiene el paciente y el pronóstico que le vamos a dar. Después de eso, eee bueno de hecho ahora me estoy tomando el horario de colación... durante los primeros meses no lo hacía porque no tenía tiempo, pero ahora ya me estoy organizando y sí tengo tiempo eemmm después de eso hago todas las intervenciones que son más de índole terapéutica durante la tarde, pero entremedio por ejemplo entre doce y dos como es el horario de visita me encargo de hablar con todas las familias, entonces hago educación, conversamos con las familias, intervenimos en el paciente, hago las intervenciones que tengan necesidad de hacerse también durante la tarde, eee y la última media hora de trabajo o en general como entre cuatro y cuarto y cuatro y media me vengo acá a la oficina a terminar el trabajo administrativo, a mandar los mails correspondientes, a gestionar las gastrostomías que están pendientes, etc.

E: Usted nos dijo también que hacía evaluaciones en la urgencia. Usted va a la urgencia a preguntar ¿llegó algún caso con ACV o le avisan?

E3: No, yo voy. Yo voy así como... no, no pregunto así como “hola, ¿hay algún ACV?” no; hay un libro de ingreso, entonces en ese libro de ingreso uno va cotejando la cantidad de accidentes vasculares que hay o no sé po’ paso box por box así como por si es que se les arrancó alguno, en el fondo como pa’ que no lleguen a sala sin evaluación porque eso aumenta los días camas po’, o sea si el paciente justo tocó la mala suerte que tiene un trastorno de deglución medio encubierto y justo le dan comida, paciente aspira y está dos semanas más hospitalizado, entonces la idea es evitar todo eso y yo trato de evitarlo a costa de todo lo posible

E: Pero ese trabajo es como por iniciativa propia o está dentro de su contrato a lo mejor ir a urgencia y ver los casos....

E3: ya, lo que pasa es que yo cuando entré a este hospital nunca me dijeron lo que tenía que hacer y de hecho es algo que se da en todos los servicios públicos según entiendo y no sólo con los fonoaudiólogos, sino también con el resto de los profesionales. Uno de partida no firma un contrato en el servicio público, entonces en ninguna parte está estipulado qué es lo que yo tengo que hacer. Yo sé que a mí me contrataron porque necesitan alguien que vea los accidente cerebro-vasculares ¿Cómo yo me organizo para verlos?, desde dónde parto viéndolos es mi problema, entonces claro entonces si yo quisiera podría ir a los SAPU así como a buscar pacientes eee y claro así surgió la idea de empezar a trabajar desde la urgencia

E: y ¿Hay alguien que regula como su trabajo, como su tiempos, cómo los divide...?

E3: No, yo tengo plena libertad en este hospital. Yo acá no tengo que rendir muchas cuentas, o sea no sé.. no sé si es porque me tienen mucha confianza, pero en general o sea yo rindo cuentas porque estoy acostumbrada a rendir cuentas en realidad, pero o sea no sé po’ yo hablé con mi jefe de servicio y le dije “sabe qué jefe, vamos a hacer lo siguiente: vamos a mandarle un mail todos los días miércoles pa’ que usted pueda gestionar en las reuniones con cirugía todas las gastrostomías”, entonces claro esa es una forma de regulación que también tenemos con el doctor XX, o sea ya perfecto yo le mando una nómina con todos los pacientes que necesitan gastrostomía, por qué no se han hecho, qué están esperando, si les falta el pase cardiológico, si no tiene hora al anestésista, todo eso pero en el fondo alguien que esté así como vigilando mi trabajo acá no existe, o sea yo marco mi entrada, marco mi salida le cuento a XX lo que hago porque es mi jefe directo y le cuento al doctor XX que es mi jefe de servicio porque yo tengo que contarle no porque...

E: se lo pida

E3: no porque me lo pida, para nada.

E: y ¿Esto mismo también pasaba en los otros lugares que usted trabajó o acá es distinto?

E3: no, para nada, para nada o sea de hecho yo creo que la libertad que uno tiene cuando trabaja en el servicio público hay que saber administrarla porque claro, o sea en teoría si yo quisiera podría llegar acá a las ocho, veo pacientes hasta las diez, me voy a mi casa, veo tele hasta las cuatro y de ahí me devuelvo, veo que todo esté más o menos bien, marco y me voy o sea, si soy hábil dudo que alguien se entere si lo hago o no, pero por eso yo creo que acá uno tiene que ser súper riguroso con su trabajo y por eso me da rabia cuando la gente dice que la salud pública está llena de gente incompetente y gente floja, porque en realidad o sea quedar en un cargo del servicio público es súper difícil, o sea postulan setecientas personas a un cargo... dudo que todos los factores y todas las barreras que uno tiene que pasar para quedar en el cargo no eliminen a las personas que tal vez están menos condicionadas o que tienen menos méritos académicos o no sé cómo que, me cuestiono en realidad que todos los que trabajen en el servicio público sean una lacra, o sea insisto creo que con toda la libertad de acción que uno tiene acá tiene que ser muy riguroso para saber administrar su tiempo, saber ver a los pacientes de la forma que corresponda y también saber articular el trabajo con el resto de la gente, entonces por eso.. claro o sea en la privatania no pasa po' porque en la privatania controlan y tenís que hacer ochenta y cinco mil informes, es muy distinto al trabajo que se realiza acá y también uno se debe se debe mucho más tal vez al mérito económico que tiene trabajar en la privatania o sea, uno gana el doble de lo que gana acá, ~~pero~~ pero tiene sus beneficios, sus grandes beneficios trabajar acá también

E: ¿Cuáles serían para usted esos beneficios?

E3: Yo sé que va a sonar súper mamón lo que voy a decir... no pongan "mamón" en la entrevista por favor porque es una palabra súper informal, pero yo creo que cuando... o sea, yo en lo particular tengo una relación muy cercana con los abuelos, me encantan los abuelos yo creo que un poco por mi historia de vida po', pero o sea yo creo que cuando el abuelito después de estar dos semanas con la sonda y prueba por primera vez una papilla y te pone esos ojitos así gigantes y esos cachetes caídos, lo encuentro maravilloso o cuando.. porque claro nosotros también con el kine anterior instalábamos válvulas de fonación, cosa que jamás se había hecho en una sala y nosotros "ahhh, pongamos válvulas" o sea incluso a eso llega la libertad que se puedan hacer procedimientos que nunca se habían hecho en sala y da lo mismo o sea, si tú

sabí lo que estai haciendo hazlo, filo y escuchar hablar a un paciente que ha estado tres meses sin hablar porque está con traqueostomía es algo súper rico, que el abuelito se vaya de acá, se vaya comiendo, ver a la abuelita contenta yo creo que todas esas cosas de verdad que... a mí personalmente me generan un nivel de emoción así como maravilloso o no sé po', por ejemplo articular mi trabajo con personas que tienen casi setenta años, lo encuentro exquisito también o sea también es una gran oportunidad de aprendizaje, de verdad que a mí me cuesta... o sea yo le encuentro muchos vicios a la salud pública, pero encuentro que tiene cosas tan bacanes que no sé si las cosas feas opacan esas otras cosas, entonces la misma relación también que se da entre uno entre los profesionales o sea yo acá tengo súper buenos amigos, y salimos, van a mi casa, yo voy a la de ellos y es súper rico eso también po' o no sé la oportunidad... cuánto se enriquece uno en términos académicos también acá, o sea acá hay grandes maestros, hay médicos que son especialistas y referente nacional en temas clínicos, entonces la oportunidad que uno tiene de aprendizaje en este lugar de verdad que es exquisita, la oportunidad de articular el trabajo, la oportunidad de hacer investigación, la oportunidad de recibir nuevas generaciones también o sea yo ... o incluso la posibilidad que uno tiene de actuar transversalmente con la gente, o sea no sé por ejemplo acá nosotros tenemos un jardín infantil con sala cuna, es para todos los hijos de funcionarios, yo no tengo hijos, pero si algún día tengo un hijo me gustaría que mis hijos convivan con todo el resto de los hijos del resto de la gente que trabaja acá, entonces todas esas cosas siento que.. que no se dan en otras instancias que no sea en el sistema público

E: Podría explicarnos un poquito el modelo de atención que se usa acá y si usted siente que tiene alguna desventaja

E3: Bueno, el modelo sigue siendo biomédico ¿Quiere que lo desglose un poco?

E: no, no entonces las desventajas que usted le ve al modelo

E3: Bueno, en primera instancia el tema de lo difícil que se hace el trabajo en equipo, yo creo que es una de las cosas m'a complicá' o incluso por ejemplo, ahí también se evidencia que si acá hubiera más trabajo en equipo porque estaríamos regidos por otro modelo yo no tendría que andar corriendo detrás de veinticinco personas pa' decirles lo que pasa con un paciente, entonces creo que este modelo de intervención implica mucha burocracia también, entonces implica que se dilaten mucho los tiempos, implica poca información para el paciente y para la familia, implica mucha angustia de parte de las personas que nos necesitan... tiene muchos vicios yo creo o incluso, por ejemplo en este sistema de trabajador público implica que haya muchas personas apernadas en sus cargos y que no se van a ir hasta que jubilen y de pronto como en todos lados hay personas que no son tan buenas, entonces eso también desvirtúa

mucho los modelos de atención, por ejemplo, a mí no sé... voy a hacer un ejemplo más kinesiológico pero, una de las principales complicaciones de los accidente cerebrovasculares son el síndrome de hombro doloroso que se da en primera instancia por mala manipulación de los miembros que están paréticos. Para que eso no pase, lo que se debería hacer acá es hacer educación acá no sé a los técnicos, a los auxiliares y no solo a los del servicio, sino a todo el hospital... no existe esa instancia, no existe simplemente, entonces siento que de pronto pasan cosas que podrían ser 100% evitables y que no se evitan por el modelo y porque de pronto, o sea yo aunque sé el modelo bajo el cual trabajo siento que depende de uno también modificar un poco las cosas, entonces trato de modificarlo en la vida diaria, pero siento que es un poco cansador cuando uno es el único que lucha contra la corriente

E: ¿Considera que si estos cambios estarían más establecidos sería má' eficiente el trabajo del fonoaudiólogo?

E3: Absolutamente, y de hecho o sea de hecho eso es lo que hace también que la salud pública sea tan vilipendiada en términos sociales porque como no están implementando este tipo de cambios y cada uno funciona en forma independientes, o sea si el médico no llega a sala a la hora estipulada no se le da la información del paciente y ahí "eee cómo no me dai' información del paciente" que igual se entiende po' si la familia está angustiá', obvio que quiere saber, entonces claro yo siento que si se implementara o si existiera un poquito más de buena voluntad dentro del equipo yo creo que las cosas funcionarían mucho mejor

E: y alguna ventaja en comparación al modelo comunitario que tenga este modelo

E3: (piensa).... lo que pasa es que en la teoría yo encuentro que no, o sea yo encuentro que en la teoría el modelo comunitario e' el modelo más apropiado', pero en la práctica creo que trabajar en un hospital de alta complejidad con un modelo comunitario es una tontera, o sea no se puede... o sea (enfáticamente lo dice) no se puede porque acá en realidad lo que se espera es resolver las cosas agudas, entonces, entonces siento que las emergencias de pronto no pueden ser tratadas como desde este paradigma más biopsicosocial, más extendido o sea yo creo que sería ideal apuntar hacia allá, pero cambiar o reformar el sistema al nivel que se hace en las instalaciones comunitarias no sé si sería algo efectivo para el trabajo que se realiza acá puntualmente. Desde mi experiencia como fonoaudióloga, sí tendría muchas más ventajas que perjuicios, pero pensando en el resto del equipo no sé si sería tan cómodo para ellos, entonces claro o sea insisto pa' mi como fonoaudióloga sería maravilloso ¡implementémoslo!, pero no sé por ejemplo si para el becado de medicina podría resultar práctico, hay que pensar en ellos también si somos todos un equipo

E: Pero igual usted está como tratando de ... más o menos como tratar de cambiar un poquitito ese modelo biomédico, en tratar de hacer más de reuniones, compartir un poco más la información ...Incorporar a la familia, claro, independiente que siga siendo biomédico igual usted trata de poner como un poco.... su aporte

E3: Sí, sí po' insisto, eso pasa porque somos las nuevas generaciones po' porque de pronto si este cargo lo tuviera una señora no sé de cuarenta y cinco años, no sé si de pronto vendría con la inquietud de reforma esto, o sea yo entiendo esto porque pasé por estos lugares, porque salí hace poco de la universidad, porque tuve súper buenos profes en la universidad que me mostraron que intervenir a un paciente de una forma mucho más transversal es mucho más efectivo, pero ese no es el modelo que estaba en boga hace die' año' atrás', entonces por eso creo que es algo bien situacional como lo que uno debe hacer acá

E: Podría ahora mencionarnos que entiende usted por el concepto de salud y cuál es el concepto de enfermedad que usted tiene

E3: (risas) qué buena pregunta porque me recuerdo de las clases de primer y segundo año... ¿tengo que contestar algo así como políticamente correcto?... (risas)

E: No, lo que usted piensa o a lo mejor con su experiencia ese concepto aprendido en teoría ha cambiado ahora

E3: Yo creo que la salud es el equilibrio, o sea decir que la salud es estar "normal" para mí es una aberración porque ¿qué es la norma?, entonces pa' mí la salud es el equilibrio de todas las funciones como la homeostasis, pero no solo el equilibrio de lo fisiológico, de lo clínico, sino también tiene que estar en armonía con la salud mental entonces cualquier ámbito del cuerpo que no esté funcionando bien implica que la salud no está muy bien y el modelo de enfermedad yo lo encuentro fome en realidad porque no me gusta hablar del "enfermo", guuuaaa lo encuentro terrible cuando dicen "cuando el enfermo está en la cama...", o sea ¿qué es estar enfermo? (inspira profundo y luego responde) como ...estar enfermo es como estar inválido, es como estar vulnerable y yo siento que no todos los enfermos son tan vulnerables, o sea... por eso creo que el mejor concepto para definir salud es equilibrio y para definir enfermedad el desequilibrio de alguna de las funciones,pero

E: ¿Cómo..... ? porque dijo que enfermo no va con sus principios, pero cuál sería el concepto que usted le daría a una persona que está vulnerable en cuanto a su salud.... o a lo mejor una "etiqueta"

E3: mmmm..... difícil pensar en una etiqueta, o sea yo creo que la vulnerabilidad es la mejor palabra, pero “ser vulnerable” también puede ser muchas otras cosas, entonces en el fondo yo siento que una persona que está enferma es una persona requiriente de algo, algo le falta para tener su equilibrio y tal vez es misión de uno como profesional de la salud entregarle eso que falta, pero claro...eso de “está enfermo” lo encuentro tan feo... no, no.... yo creo que es una persona más bien requiriente, una persona que tiene una necesidad por cubrir

E: Entonces ¿su rol frente al paciente o al usuario sería como cubrir esa necesidad que le falta para el equilibrio?

E3: Aportar po', obviamente yo no voy a cubrir todo lo que le falta pa' tener ese equilibrio, pero aportar desde mi vereda lo que yo pueda hacer para que ese paciente vuelva a equilibrar sus funciones

E: y ¿cuál es la visión que usted tiene como del paciente... como alguien activo, pasivo?

E3: (inspira profundo) A ver, de nuevo.... ¿Tengo que ser políticamente correcta? porque lo que pasa es que pa' mí es un tema eso porque a ver ya, yo entiendo que los nuevos modelos implican que el paciente... ya no es un paciente, tiene que ser un agente...

E: un ser activo

E3: claro, un ser activo, pero los pacientes que yo veo acá (silencio)

E: en agudo....

E3: ...no sé qué actividad puedan tener en realidad, o sea de pronto yo hago un trabajo que es 100%... o sea, es que insisto: pacientes confusos, pacientes soporosos... qué tanta... eee qué tanto trabajo puede tener ese paciente en el proceso de recuperación de sus funciones o de habilitación o como en el proceso de superación de sus alteraciones pueda tener... es cuestionable, es súper cuestionable en realidad con este tipo de pacientes. Entonces, desde ese punto de vista yo creo que el paciente... yo tengo muchos pacientes súper pasivos acá, ahora la familia sí puede ser activa

E: ¿Usted hace que participe la familia?

E3: Sí, pero insisto en los momentos en que me parece apropiado que la familia participe, o sea si yo tengo un paciente que lo único que puede hacer ee' no sé po' abrir la boca, me parece que es tétrico que la familia participe en la evaluación, o sea y que lo vea trabajando, interactuando conmigo porque en el fondo cuando la familia viene acá y por ejemplo, estoy trabajando con un

paciente con sonda, con un paciente en malas condiciones generales, la familia lo primero que me dice “ ya, pero y ¿va a volver a comer?” y hay veces que tú no... ni siquiera tienes la certeza de que el paciente vaya a volver a comer independiente de lo que tú hagas, entonces bajo esa premisa estar trabajando con un paciente y con la familia al lado y que la familia vea todos los intentos y que de pronto evidenciarles que el paciente no está bien, me parece que es súper cruel, entonces como que por eso yo trato de intervenir al paciente cuando la familia... cuando... o el paciente está mejor o veo que la familia es como más open mind y como que tiene un poquito más de relación con lo que estamos viendo, pero insisto o sea dar falsas esperanzas sin siquiera decirlas me parece súper cruel, entonces me complica un poco como esa intervención tan activa de pronto de.. de la familia

E: Dentro de su evaluación y a lo mejor terapia ¿se incluye el conocer el contexto familiar a lo mejor del paciente?

E3: Absolutamente, sí, de hecho hay muchas veces que yo ni siquiera me atrevo a dar un diagnóstico sin saber el contexto familiar o sea y por eso pa' mi es tan importante el horario de visita porque yo necesito saber cómo estaba el paciente antes: qué hacía, con quién vive, su red de apoyo porque necesito saber con qué cuento también po', o sea de pronto uno tiene pacientes que pueden tener un buen pronóstico en el largo plazo, pero si nunca los van a traer a terapia qué sentido tiene que cuente con la familia o si es un paciente por ejemplo, acá me toda demasiado, un paciente que no tiene familia y que en vez de estar.... o sea, termina su proceso de hospitalización y estando de alta no se va a ningún lado porque no tiene quién se lo lleve, o sea es tirado de las mechas que yo planteo que ese paciente tiene buen pronóstico en dos meses po' si no va a venir nunca a rehabilitación

E: ¿Pero eso usted lo busca o el equipo también lo hace, el kinesiólogo, el nutricionista también se encargan como de.... o eso es más personal?

E3: mira, no te podría asegurar que lo hagan o no lo hagan, yo hablo por mi trabajo y yo sí necesito saber el contexto para saber cómo actuar, o sea pa' mi es imprescindible pa' uno como fonoaudiólogo es absolutamente necesario saber en qué estaba el paciente antes... (pausa)... no sé si será así en el resto del equipo en realidad, o sea claro porque nosotros tenemos también esta pauta hay preguntas que se hacen, o sea el kine, la terapeuta todos van a preguntar cuál es la red de apoyo por ejemplo, la funcionalidad previa, la escolaridad y la ocupación premórbida, pero cuánta injerencia tenga.. est... otros datos en sus procesos de intervención no te lo podría responder a ciencia cierta

E: ¿Siente que su formación de pregrado le sirvió para estar en esto y hacer como sus actividades?

E3: Absolutamente, absolutamente o sea no sé si seré elitista pero pa' mí la Universidad de Chile es la mejor institución de este país y y insisto o sea yo creo que si no hubiera tenido la oportunidad de estudiar en la Universidad de Chile y de tener los profes que tuvimos y establecer la relación que también establecí por ejemplo con el resto de los estudiantes en esa época porque o sea todo' mi' amigos eran de toda' las carreras menos de fonoaudiología po', entonces éso hizo que tuviera mucho más conocimiento de lo que hacen el resto de los profesionales, entonces hace por ejemplo que mi trabajo ahora sea mucho más relacional po' así como con el respeto que corresponde obviamente po', pero así como "oye nutri y si le damos un módulo proteico" "si le damos un módulo calórico" porque sé que lo hacen po' o no sé al becado "oye, sabí que yo no sé si este paciente está como pa' una gastro abierta, si lo mandamos a una percutánea", o no sé po' tener más relación con el equipo, tener más ... yo... bueno, acá van a cachar altiro mi tendencia política, pero yo creo que las personas que más necesitan en este país son las personas que han sido ma' abandonada' por los gobiernos, entonces si en algo puedo aportar yo con mis pacientes lo voy a hacer, o sea si de pronto la abuelita que no hay nadie que le viene a conversar dentro de todo el día porque no tiene a nadie, si yo le voy a conversar siento que algo estoy aportando y siento que eso en gran parte ha sido eee no sé si mérito, pero ha sido mi formación mi formación académica

E: Aquí en equipos o a lo mejor en las conversaciones de pasillo, se discute cómo se emplea el modelo biomédico

E3: no

E: solo se realiza...

E3: solo se realiza, sí o sea de pronto de forma más interna o sea claro yo con mis amigos kines sí conversamos, nos sentamos, nos tomamos una cerveza y empezamos a reclamar por cómo funciona esto, etc., pero no es algo que se dé como una discusión abierta o sea, y tampoco es algo que yo voy a ir a plantearle no sé po' a los neurólogos de staff o sea no, no creo que corresponda tampoco, pero no no se discute.

E: ¿Usted cree que se ajusta al modelo o.....?

E3: Yo creo que soy bien amarilla, entonces yo trato de... trato de hacer las cosas lo mejor posible, como que trato de cambiar lo que creo que se puede cambiar y también trato de

someterme a las normas que ya están preestablecidas, o sea insisto yo no quiero que mi trabajo sea algo distintivo acá, entonces para mí es importante ceñirme a los patrones que están instaurados, pero también cambiar las cosas que siento que no van en beneficio de paciente, entonces insisto si eso implica que yo tengo que andar dos horas hablando con la gente que trabaja en este hospital para que no pase tal cosa con este paciente, yo lo voy a hacer, pero claro el tema es que ahí el problema soy yo po' porque soy yo la que se cansa tres veces más de lo que debería cansarme, pero claro o sea siento que uno tampoco puede llegar a reformular algo que ya lleva tantos años funcionando

ANEXO 6

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA FONOAUDIÓLOGO 4

Simbología:

...	: pausas
Tachado	: reformulaciones
()	: aspectos paralingüísticos, interrupciones, etc.
XX	: nombres de personas
E	: entrevistadores
E4	: entrevistado 4

E: eee eemmm... lo primero es poder saber, conocer digamos ¿en qué años estudió, o sea, dónde estudió?, el tiempo que lleva trabajando acá. Que nos comente un poco su experiencia laboral, si este fue el primer trabajo, si lleva x tiempo acá o si tuvo otros trabajos anteriormente

E4: eemmm bueno yo egresé de la Universidad Mayor el año 2005 y empecé a trabajar en enero de 2006 en el Hospital Padre Hurtado, en el área de adultos del hospital eee específicamente en UTAC ¿ya? de a poco se empezó a abrir se fue abriendo el campo hacia medicina básica, UCI, UTI dentro del hospital. Era la primera vez que había un fonoaudiólogo en el hospital, no había tampoco en ese tiempo fonoaudiólogo en niños, o sea fue el primer fonoaudiólogo del hospital y de a poco más adelante llegó otra fonoaudióloga que está en pediatría, que es XX, eee y en el área de adultos, en realidad aquí no se conocía la labor del fonoaudiólogo y de a poco se fue abriendo campo ¿ya? actualmente la necesidad de fonoaudiólogo, en cuanto al trabajo clínico, eemmm en el área de adulto no solamente a nivel neurológico, sino que en medicina, en pacientes con requerimientos intensivos en UCI-UTI es súper importante ¿ya? para evitar, especialmente en la parte de deglución para evitar riesgos aspirativos ¿ya?, manejar la parte alimentación y bueno lo demás que implica la comunicación en pacientes.

E: ¿Siempre ha estado en la unidad de adultos?

E4: Sí ¿acá en el hospital? (**E: sí**) Si, y además trabajé, obviamente como partimos en media jornada, yo trabajé remplazando a Valeria en una en Instituto de Neurocirugía, también trabajé en una escuela de lenguaje al principio

E: ¿Cuánto tiempo?

E4: A ver, el primer año que egresé trabajé en el hospital y además en la escuela de lenguaje

E: ¿Este hospital?

E4: En este hospital. Después al siguiente año hice el remplazo creo en Instituto de Neurocirugía y además trabajando en el hospital, entonces ahí se fue cubriendo las dos áreas y después, cuando ya me dieron las 44 horas que es jornada completa, ahí estuve viendo pacientes de forma particular, niños-adultos.

E: ¿y eso en qué momento fue?

E4: ¿en qué momento fue qué?

E: ¿En qué año fue...?

E4: ¿Qué aumentaron las horas? Yo creo que el 2008 (**E: 2008 ya**) ¿puede ser? Creo. Sí, estuve como 2 años trabajando medio día, teniendo en cuenta que la necesidad era...

E: ¿Cómo fue en los otros lugares de trabajo?

E4: en la escuela de lenguaje buena experiencia de aprendizaje, no me gusta mucho esa área en realidad y por eso decidí seguir haciendo lo que estaba haciendo en el hospital, me esforcé en abrir mi campo acá. Eemmm en el Instituto de Neurocirugía fue una experiencia buenísima, aprendizaje a full eemmm en realidad difícil, súper difícil pero noo, aprendí mucho. Y bueno, los conocimientos que uno adquiere en otras áreas, por ejemplo en Neurocirugía la traqueostomía, manejo de traqueo, me ayudó mucho a abrir un poco y trabajar mejor en el hospital. Eso

E: ¿y cómo fue la experiencia acá sabiendo que no habían fonoaudiólogos antes o la relación con otros profesionales?

E4: Súper difícil, sí, fue difícil. Mmm en primer lugar, cuando uno sale es nuevito y está conociendo en el fondo, aprendiendo a hacer su labor ¿ya? el manejo en general. Cuando uno parte está solo, no hay tutor, ya uno es el que decide muchas cosas y cuando llegas a un lugar que, en primer lugar, no había fonoaudiólogo y segundo lugar, en adultos nunca se había conocido acá la labor de un fonoaudiólogo en adulto eee especialmente en deglución eee el hecho de tener que mmm que la gente crea en la necesidad de la evaluación de un fonoaudiólogo en esta área y que la opinión del fonoaudiólogo es importante para que el paciente esté bien, es muy difícil, y pasó al principio que igual hubo gente, doctores que en realidad no daban importancia a la opinión y no le daban importancia no más y pasa que los

pacientes aspiraban y ahí recién decían –no, parece que tenían razón, algo estaba pasando- y con los pro y contra empezaron a aprender que se justifica la intervención y a creer, en el fondo es abrirles la mente de otra forma no más y ahora la necesidad de fono o la importancia que se le da a la opinión es grande ¿ya? se deciden varias cosas gracias a la opinión de fono, el trabajo con kine es muy buena porque ellos saben cosas que nosotros tenemos que saber para poder eee dar diagnósticos con los pacientes, ellos también toman nuestra opinión para trabajar con sus pacientes, en realidad es súper importante po.

E: ¿Cómo es entonces el trabajo en equipo, cómo se da en el fondo?

E4: Muy bien, súper, especialmente con los kine y con las nutri, con las enfermeras igual. Las enfermeras toman de todas maneras la opinión del fono, si hay que poner una sonda nos preguntan a nosotros –tú crees que el paciente necesita sonda o no, si no necesita no se la instalamos- en realidad toman en cuenta esa opinión.

E: ¿Hacen como reuniones para tomar esas decisiones o son como conversaciones?

E4: En general no hay mucho tiempo para hacer muchas reuniones y en general cuando uno trabaja es una cosa de manejo diario.

E: Buscando en la sala y conversando

E4: Es que está la disponibilidad de hablar, pero es a diario. Ahora, tenemos un área que es el ACE que es el área de cuidados especiales y esa área tiene una reunión en especial porque es un área de cuidados especiales, son pacientes que eemmm que realmente tienen cuidados especiales, ya sea porque utilizan traqueostomías, están postrados, tienen otras cosas, que hacen que sean pacientes difíciles de manejar a nivel médico y de dar de alta por ejemplo o de educarlo en cuanto a alimentación, al lenguaje, a todo, a la movilización, entonces ahí hacemos una reunión que es más de equipo multidisciplinario, médico, nutri, asistente social, el kine, todos los que están trabajando con esos pacientes definidos.

E: ¿Y qué decisiones se toman y cuál es el rol suyo en esas reuniones?

E4: ¿Qué decisiones se toman? Si el paciente requiere gastro, traqueo, si se puede decanular, eemmm la evaluación general del paciente, si tienen algún tipo de alteración del lenguaje, si cambió algo, si ha mejorado, eso.

E: y ¿de qué manera eemmm siente usted que el resto del equipo, que en esas situaciones, considera su opinión?

E4: ¿De qué forma lo consideran importante?

E: ¿Cómo lo nota?

E4: En que el paciente puede irse de alta dependiendo de la opinión del fono

E: ¿y esto ha ido evolucionando con los años? A lo mejor hace 5 años atrás no lo iban a considerar

E4: Pero no es como que uno diga que uno es muy bueno, es que en realidad si un paciente se va con alguna, por ejemplo, en la parte de deglución se va comiendo por boca, por vía oral y tiene riesgo aspirativo, el paciente va a reingresar con neumonía por ejemplo y ya es, a nivel de servicio de salud pública, en el fondo es un número más de paciente que pudo haberse ido de alta y no reingresar

E: Para disminuir los reingresos es en el fondo

E4: Sí, y en la utilización de antibióticos, con la larga estadía en hospitalización, o sea, el fonoaudiólogo ayuda mucho en eso, no solamente que el paciente coma o no coma, el manejo del paciente con fono eee puede asegurar un no reingreso del paciente por la misma causa de aspiración o que el paciente pueda irse alimentando de cierta forma que compense su disfagia o determinando una gastro precoz, en el fondo, mejora la eficiencia del manejo de un paciente con disfagia.

E: eee ¿nos puede comentar un poquitito respecto de cómo es la evolución de este hospital, en qué sector se encuentra, cuáles son los horarios de atención, qué servicios tiene?

E4: A ver, este es el Hospital Padre Hurtado, es un hospital experimental que tiene cierta característica, está ubicado en la comuna de San Ramón, eee nosotros atendemos a los pacientes de la comuna de La Granja, La Pintana y San Ramón que son comunas en alto riesgo socioeconómico y a veces un poco peligroso también tiene mucha relación con las drogas, robo, delincuencia, entonces son pacientes complejos a nivel social. Eee se atiende a adultos, niños, hay un área que es de hospitalizados y otra que es el CRS, el centro de referencia de salud donde llegan pacientes de forma ambulatoria a atenderse y tenemos relación con los CCR y consultorios de la red de las comunas que son las 3 que les comenté y el manejo en el fondo entre APS, que son los consultorios y nosotros. Y el fonoaudiólogo trabaja con pacientes hospitalizados por lo menos en el área adultos, hospitalizados en el área de UTAC, ACE, agudos que son otro tipo de complejidad, en medicina básica, UTI-UCI, vamos a la urgencia y

además vemos de forma ambulatoria en el CRS, atendemos pacientes con patología de lenguaje, de habla, de deglución, de traqueostomía, voz en algunas ocasiones.

E: ¿Cuál es el foco digamos que atienden en este hospital o en el CCR, los focos de las patologías, las enfermedades más frecuentes?

E4: Las enfermedades fonoaudiológicas ¿Cómo atención fonoaudiológica, o sea como alteraciones fonoaudiológicas o enfermedades médicas relacionadas con fono?

E: Sí, no. Ambas, sí ambas. ¿Cómo las que usted ve más frecuentemente, qué patologías?

E4: En patologías fonoaudiológicas vemos disfagia, disartria, afasias, eee pacientes traqueostomizados, eso.

E: ¿Y diagnóstico médico?

E4: eee a ver, de todo. Accidentes vasculares, tumores, eee William Barré, demencia, eee cáncer cabeza y cuello, eemmm neumonía aspirativa en paciente geriátrico con compromiso de conciencia, enfermedades médicas, eee generales que tuvieran compromiso de conciencia de que también se vuelva a realimentar. Siento que no hay patologías que puedan salir fuera de nuestra intervención si compromete la deglución. Eee también vemos pacientes quirúrgicos que cursan con disfagia.

E: ¿Cuántos fonos trabajan acá en el hospital?

E4: La cantidad de fonos no sé porque hay de distintas áreas. Hay uno en voz, eee en pediatría hay como 3 o 4 eee, lo que pasa es que han cambiado la cantidad de fonos, en adultos somos 2 con XX, y sería eso.

E: ¿Y usted trabaja acá en sala siempre o también trabaja como en consulta con adultos?

E4: Acá si po, en hospitalizados y en CRS ambulatorios.

E: ¿Nos puede contar más o menos como su horario, como distribuye su horario de atención, qué funciones cumple en particular?

E4: A ver, yo trabajo 44 horas, es como diurna, es horario normal de 8:30 a 5:30 y eee distribuimos el horario de acuerdo mmm tenemos un horario establecido ¿ya? eee yo trabajo todos los días en el piso que es paciente hospitalizado y atención específicamente en UTAC, recibimos nuestros pacientes que son de nuestra área y atendemos a todos los pacientes si

tienen patología o alteraciones de relación al confort ¿ya?, a la vez tenemos interconsultas de distintas áreas de hospitalizados, de medicina, de la UCI, UTI, urgencia, de todas las áreas pero eso ya es interconsulta y después en la tarde 2 veces a la semana vamos al CRS y atendemos de forma ambulatoria, hacemos terapia de lenguaje, del habla, de la deglución, trabajamos con traqueostomizados, en box.

E: Si si un paciente necesita una rehabilitación más intensiva, ¿ustedes lo derivan al CCR, al CRS?

E4: Al alta, si un paciente requiere continuar con terapia eee se manda al CRS para trabajar, en el fondo, lo que tenga que trabajar. Ahora, cuando ya están de forma ambulatoria trabajando y vemos que requiere mantener terapia pero lleva mucho tiempo en el CRS y tenemos que ingresar más pacientes, tenemos que buscar la forma de mandarlo a otra instancia, o sea a otro lugar, al CRS o sea al CCR ¿ya? donde continúan la rehabilitación, pero lamentablemente creo que hay 2 de los CCR que tienen fono, que es La Pintana que es **(E: que ... donde trabaja XX)** (risas) XX y en el otro que yo no conozco al fono.

E: ¿y en qué comuna está el otro CCR? (E4: ¿a?) ¿en qué comuna está el otro CCR?

E4: de La Bandera, o sea no no, San Ramón. Creo que hay dos CCR que tienen fono que es la Pintana que es eee

E: Donde traba XX

E4: (risas) XX (risas)... XX y en el otro que yo no no conozco al otro fonoaudiólogo

E: ¿y en que comuna está el otro CCR ?

E4: ¿Qué?

E: El otro CCR

E4: De la Bandera

E: Aaaa

E4: no, no, no San Ramón pero no sé en cuál de los dos porque ahora hay dos en San Ramón.

E: A ok y ahí los derivan

E4: Lo único que sé que está XX (risas)

E: ¿Cómo es el proceso, el proceso que realiza, ya sea de diagnóstico, de intervención aquí en esta unidad? ¿O aquí solo realizan evaluación aquí en el piso?

E4: Evaluación y terapia

E: Yaaa. ¿Nos puede contar un poco de cómo se organiza ee la evaluación y la intervención en la terapia? ¿Tiene algún horario? Por ejemplo siempre los lunes

E4: no

E: siempre evalúan

E4: Generalmente los lunes es siempre full, los viernes igual es full. Pero los lunes porque es full porque en la tarde tenemos poli entonces en la mañana tenemos que ver todos los pacientes que han ingresado durante el fin de semana, los pacientes del viernes, entonces es mucho trabajo. Y hacemos en general evaluación, determinar retiro de sonda o instalación de gastro, como que se realizan muchas decisiones importantes el lunes, pero más en evaluación yaa mm intervención no logramos hacer el lunes ya eso martes, miércoles, jueves, viernes pero los lunes es muy difícil.

E: ¿Cómo se organiza, como se organiza digamos una evaluación propiamente tal de un paciente? ¿Cómo organiza usted esa evaluación?

E4: ¿Cómo?

E: ¿Cómo hace la evaluación? Claro ¿Como la trabaja? ¿Cómo es la sesión de trabajo?

E4: ¿La evaluación en cama? (E: Sí) Mmm se llega ... Como ¿Te explico cómo evaluó al paciente?

E: Sí, el proceso

E4: ¡A bueno! Mmm ingresa un paciente por lo general con régimen cero, cuando ya están bastante bien empiezan a darle alimentación desde la urgencia sin esperar la evaluación del fono, que eso no debería ser pero lo hacen. Ya que la cosa es que cuando llega un paciente idealmente a la UTAC que tenga algún tipo de alteración en cuanto al habla o deglución llega con régimen cero que significa que no puede tomar agua y medicamentos ni nada por boca está la evaluación por fono en ese momento nos dicen pueden evaluar a este paciente. Se evalúa emm se registra, o sea se ve la imagen, el TAC de cerebro, se relaciona con los antecedentes médicos del paciente que están dentro de una ficha, se evalúa el lenguaje, el habla, la deglución, se determina un régimen que sea adecuado para el paciente registrado en una ficha

de enfermería y después se evoluciona a una ficha médica donde están todos los antecedentes de la evaluación y detalles. Y se informa a la nutricionista, al kine, a enfermera, médico que sea necesario.

E: Y la intervención ¿Cómo la organiza?

E4: Cuando ya está evaluado un paciente se determina que intervención requiere , y ya sea en cuanto a lenguaje, habla o deglución se determina qué tipo de alteración tiene y que intervención requiere. Y se intenta realizar esa intervención diariamente de acuerdo a las posibilidades, porque diariamente tenemos nuevas interconsultas, los pacientes de antes se van aumentando, otros que se dan de alta, tenemos que ir manejándolo con mi otra colega que lamentablemente está media jornada. Solamente me apoya durante media jornada teniendo en cuenta el poli, serian tres días que está en el piso conmigo emmm igual uno tiene internos de universidad que también nos ayudan a trabajar con los pacientes, que también tienen que evaluar, hacer terapia, entonces ahí uno se va organizando. Claramente se da prioridad al paciente que requiere intervención emm diaria.

E: ¿Y esos pacientes son quienes? ¿Aquellos que tengan alguna dificultad de disfagia severa?

E4: Se priorizan los pacientes que tengamos que rehabilitar y tomar una decisión pronta para un alta. Aquí se trabaja mucho con la decisión de alta.

E: Ese es el criterio

E4: O sea se prioriza la eemmm de acuerdo a eso.

E: ¿Usted nos comentaba que estaba de lunes a viernes en la mañana media jornada acá arriba y en la tarde dos días iba al CCR?

E4: CRS (E: CRS)

E: Perdón al CRS

E4: Sí

E: ¿y las otras tardes ~~que~~ qué hace?

E4: ...

E: ¿Trabaja aquí?

E4: (Risas)

E: No nos referíamos a cosas de su vida privada (Risas)

E4: Haber que quieren que les cuente (Se ríe). Voy al cine (risas) ¡No! Mmm en general se hace intervención, terapia.

E: ¿Aquí en el piso?

E4: Sí en piso se realiza terapia y si hay ingresos en la tarde, porque de repente llegan pacientes en la tarde ahí se evalúan y se deja régimen hoy día o sea el día en la tarde.

E: En el proceso de intervención ustedes como terapia ¿Incorporan a la familia?

E4: Sí

E: ¿En el algún momento? ¿Cómo lo hacen?

E4: Sí en general seria o sea en general es una gran ayuda porque el recurso fono esta, pero no es tanto. Hay mucho paciente y pocas horas destinadas para lo que es fono, no o sea no tanto como lo que se requiere entonces para nosotros trabajar con la familia es súper importante y general ellos son los que nos ayudan a alimentar al paciente de forma segura, se educa porque en algún momento el paciente se irá de alta y tiene que irse con una alimentación segura y que mejor que el tutor aprenda a alimentar al paciente y sepa cuáles son los signos de aspiración, que le voy a hacer, que es lo que está bien y nosotros entregamos en el fondo la confianza de que ellos van a poder asistirlos en forma adecuada mientras nosotros estamos viendo pacientes y evaluando.

E: ¿Pero ustedes como lo hacen para contactarlos? ¿O usted sabe a qué hora viene el familiar?

E4: No, no, no en el horario de visita

E: Y ahí ustedes están siempre como presentes tratando de

E4: .. Si es necesario sí.

E: O se da como que si justo está el familiar yo le doy la como....

E4: Dependiendo de la necesidad. Si nosotros vemos que realmente no lo necesitamos, no.

E: ya

E4: Solamente en los pacientes que en verdad lo necesitan y que sabemos que va a requerir una asistencia en la alimentación o tiene algún requerimiento especial de alimentación, a esos pacientes mmm ~~se les se~~ a esos familiares se les educa 100%. A los pacientes que están

bastante bien cómo se van de alta con algún tipo de intervención en cuanto a nivel de CRS acá en el hospital se sigue al paciente después de forma ambulatoria, o sea al alta se sigue viendo al paciente entonces esos pacientes no requieren tanta educación dentro del hospital ¡ya! Porque lo demás de forma ambulatoria cuando el paciente está en la casa y viene a terapia acá. Pero los pacientes que se tienen que ir de alta con algún riesgo ahí 100% educación al tutor o al cuidador.

E: ¿Y cómo se promueve esa enseñanza? La enseñanza digamos de las consideraciones que debe tener el tutor o los cuidados que debe tener.

E4: Por ejemplo en la parte de asistencia de la alimentación se hizo un tríptico para facilitar el entendimiento del tema, cuales son los signos, que significa disfagia. Y es un tríptico que está enfocado a una idea dentro del hospital que es hospital amigo ¡ya! Que promueve que el hospital sea amigo del paciente y familia y que le de las facilidades a ellos para tener una estancia agradable, que se le expliquen las cosas, que se les eduque para que al alta puedan tener una mejor calidad de vida, mm evitar un reingreso, etc

E: ya o sea ¿La enseñanza pasa por por entregarles el tríptico?

E4: Está integrado, sí, pero no todo pasa por todos los pacientes, no todos los pacientes requieren eso, porque hay pacientes que se van súper rápido súper bien y que en verdad no requieren una intervención tan acabada en el tema, pero en pacientes que si, se les entrega un tríptico, educación a la familia, al paciente y después al alta también se continua viendo en el CRS.

E: ¿Esta educación es al final o sea no hay algún proceso en el que usted decía evaluar o ver cómo está el paciente pero con la familia al lado? ¿Ustedes esperan que esté más estable?

E4: La evaluación en realidad no se hace con la familia porque se hace en la mañana y en general el paciente o sea la familia no está a las 8:30 de la mañana, no, vienen más tarde y hay horarios distintos en el hospital. Entonces de repente coincidimos que evaluamos y esta la familia y uno los integra a mira para que vean que está pasando con el paciente, porque tiene disfagia.

E: ¿No hay como algún criterio en que usted diga realmente el paciente está demasiado mal y la familia puede como un poco apresurarse o desesperarse ver que está tosiendo

entonces prefiero no evaluarlo con la familia y siempre como que va a ser cuando pase lo agudo?

E4: Eee si, si yo creo que igual es cosa del criterio dependiendo del paciente, del tipo de familiar, en realidad la evaluación ee con la presencia de familiar ee depende del contexto no es una cosa de que no evaluemos con familiares, así no como que este dentro de un regla evaluar o no evaluar con familiares, no está establecido en realidad, es súper criterioso. Y lo que hemos visto al evaluar con los familiares se aumenta la conciencia de la importancia de la alimentación por ejemplo o de que cosas decirle al paciente para que pueda comunicar mejor o manejarse con un paciente. Yo creo que eso mejora la conciencia de la familia con respecto al tema ya, si uno no los integra no pasa nada pero emm si se integra pasa mucho, o sea mejora mucho.

E: ¿Nos podría contar más menos una vez que estos pacientes son dados de alta y requieren atención ambulatoria cómo se organiza la terapia de cada uno de estos pacientes y como realiza la sesión propiamente tal?

E4: Haber la sesión en general son de 45 minutos dependiendo porque eso es terapia. Los ingresos porque cuando se dan de alta van con una hoja en que piden hora para ser ingresados por nosotros, al ingresar ee nosotros llenamos una ficha fonoaudiológica, hacemos una evaluación nueva, los antecedentes y hacemos una evaluación de cero aunque conozcamos al paciente ya se tenemos una idea pero ahí se evalúa de cero ya y se ingresa de acuerdo a eso decimos ¡ya! el paciente requiere intervención, veamos el tipo de necesidad, si es precoz aumentamos la cantidad de sesiones mm

E: ¿Qué tipo de intervención? Cuando usted dice se ve según el tipo de intervención que requiere ¿A qué... ?

E4: Lenguaje, habla, deglución. Siempre priorizamos deglución que es como lo primero que hay que resolver en un paciente porque él vive con alimentación y es lo que hay que resolver primero. Pero a la vez la parte de lenguaje es súper importante.

E: Entonces trabaja primero deglución y después

E4: tratamos de resolver primero eso. Trabajamos primero deglución, tratamos de resolver primero eso, pero a la vez damos sugerencias a la familia para que trabajen. Lo que pasa es que la intervención en CRS no es mucha, son dos veces a la semana, no es nada, entonces si yo tengo 8 pacientes de los cuales yo tengo 8 cupos hacemos sobrecupo y más encima tenemos que atender a todos los pacientes dos veces a la semana si es que tiene terapia ya, y además tenemos ingresos entonces tenemos que ir manejando mentalmente e cómo hacer

para tener cupos para que ingresen pacientes, ser evaluados y ver si requieren intervención y si requieren intervención tienen que entrar dentro de los cupos que hay disponibles. Entonces tenemos que ir haciendo como un manejo muy de como juego en el fondo ¿ya?

E: ¿Cuántos son los pacientes que atienden más menos en la tarde? Me refiero a cantidad.

E4: Podemos ver dos ingresos, o sea dos o tres ingresos, dos o tres ingresos y unos cinco pacientes de terapia, ya, más sobre cupo.

E: ¿Y cuántos son de sobre cupo?

E4: Mm variable pueden ser dos.

E: Pueden ser dos pero ese es el rango mínimo ¿Entre dos y? ¿Y el máximo cuál es?

E4: Dos y tres, no más imposible, es que es imposible hacer más, sería.... No po no correspondería, no corresponde porque emm como se llama es lo que hay po no podemos hacer más. Sería como hasta las 11 trabajando, cierran el CRS, no podemos estar más rato ahí.

E: Entonces tiene 8 pacientes los que atiende en la tarde, me imagino que entre dos y cinco y media seis.

E4: Sí hartito igual, hartito. Es con sobre cupo ahí.

E: Claro con los sobre cupo

E4: Entonces es injusto disminuir el tiempo de atención para evaluar más pacientes si en el fondo debería haber más horas de fono para tener una mejor atención de pacientes.

E: Es que tomaste aire (risas), sigo yo. Quería cambiar el tema Ah, no yo quiero nuevamente volver sobre el tema de la terapia, como se organiza una sesión en términos ya sabemos que en tiempo son treinta minutos, pero si el paciente está en rehabilitación. ~~Cuarenta y cinco. Cuarenta y cinco~~, perdón ¿Cómo es la terapia en si misma? Es decir usted se ubica al lado del paciente, se ubica al frente del paciente, el paciente tiene que hacer ejercicios.

E4: Mira a ver ¿CRS estamos hablando o no ?

E: Sí

E4: Intervención ambulatoria, es un box, yo me siento al frente de una mesa y el paciente o el familiar al otro lado. Y cuando ya intervenimos dependiendo del tipo de intervención porque si es de terapia deglutoria yo intervengo con el paciente en la silla de rueda, o sea yo salgo de mí puesto claramente, o sea es una intervención mucho más emm más cercana en ese sentido. Cuando una cosa de terapia de lenguaje puede estar al frente uno, dependiendo de las necesidades del paciente está al lado mío y yo trabajando con las imágenes ¿ya? Dependiendo del tipo de pacientes hay pacientes que requieren más intervención, más regulación y hay pacientes que en verdad pueden hacerlo de forma más autónoma, más ordenada de otra forma ¿ya? Hay otros pacientes que hay que intervenir un poquitito más en a nivel como motor ¿ya?, si tengo una emergencia hay que rotar las láminas, depende del paciente y en general dejo que entre el familiar pa' que observe o interviene con nosotros, igual es un trabajo bien integrador

E: ¿De qué depende qué intervenga con ustedes?

E4: De nada, O sea ~~¿como que paciente... cómo... qué?~~ ¿quién puede intervenir?

E: no, no no, usted nos comenta que usted hace que entre el familiar y que a veces puede observar y otras veces puede participar: ¿De qué depende que solo observe o participe?

E4: Dependiendo de la necesidad del paciente ¿ya? porque muchas veces el familiar puede ser un buen eee buen agente estimulador...

E: co-terapeuta...

E4: sí, de todas maneras.... eee, dependiendo también de la disponibilidad también del familiar. Hay familias que vienen solamente a acompañarles, ni ahí y no sirve mucho que trabaje el familiar. Hay familiares que vienen que tienen disposición y dan mucha información y esos familiares ayudan mucho ¿ya? (se interrumpe la conversación). . .

... Es que encuentro que el familiar es importante, pero no todos requieren intervención del familiar. Muchas veces también ayuda a hacer más lúdica la sesión ¿ya?

E: Cuando el familiar participa ¿qué hace?...

E4: ¿qué cosas hace? Muchas veces puede participar dentro de la misma terapia eee por ejemplo si estamos trabajando algo como eee no sé describir objetos y ~~el otro~~..necesitamos alguien más pueda participar, que escriba para que el paciente logre saber qué está escribiendo. Depende del tipo de terapia en realidad, más integrante o un paciente que en verdad nosotros necesitamos mucha información del paciente que no vamos a conocer porque el paciente tiene una grave alteración de la expresión, la familia nos ayuda. Eso

E: Dentro de este trabajo integral que nos comentaba: ¿Trata de involucrar la realidad del paciente? Por ejemplo: si ustedes averiguan más y no sé le dan una consistencia de tipo papilla, pero se dan cuenta después que por su nivel socioeconómico no tiene cómo hacer papilla más licuada y no tiene una licuadora. Entonces, ustedes...

E4: (tono de inseguridad) Sí, (tono más seguro) mira... en general acá los pacientes y las familias son súper aperrados, ¡súper!, entonces de alguna forma buscan la estrategia o posibilidad de hacer lo que uno le pide ¿ya?, pero sí uno adapta muchas cosas si el paciente no tiene la capacidad o sea no tiene la posibilidad de comprar un espesante uno le enseña otra forma de espesar para que se hidrate... ¿ah?

E: ¿Usted averigua o le dice “espesante...”?

E4: Es que uno ya sabe po’

E: ya, pero y eso cómo....

E4: Mira, en general la parte de espesante uno pide ~~que...~~ a la nutri. La nutri es la que maneja tipos de espesantes, formas de espesar los líquidos, no sé a través de ellas cómo hacerlo no sé colapez, chuño y distintas formas que yo claramente no manejo, pero cuando yo no sé le digo a la nutricionista y otra cosa de la realidad el hecho de que no puedan venir al hospital ya sea por transporte o porque no tienen plata pa’ venir y nosotros igual consideramos eso y tratamos de hacer una intervención con mucho más como la vez que va porque no puede ir tan frecuentemente y quizás hacerlo una vez al mes, pero así full pero seguir controlándolo ¿ya?, pero consideramos que no tenga que estar viniendo siempre, es una realidad es difícil, o sea buscar otras formas ¿ya?

E: ¿Cuál cree usted que es su rol ee o cuál siente usted ~~que es~~ que es su rol frente a la rehabilitación de un usuario, de un paciente que llega al policlínico?

E4: cuál es la función...

E: ¿Cuál es su rol? ¿Cómo entiende usted su rol? ¿cómo lo definiría usted?... (se le dice por el nombre), fonoaudióloga ¿Cómo usted define su rol cuando enfrenta el proceso de rehabilitación con un paciente?

E4: eee ¿Dentro de hospitalizados o en el CRS?

E: En general, en ambos ¿cómo usted ve a la persona?

E4: Ya, cuál es el rol del fonoaudiólogo a nivel de hospitalizados es evaluar y determinar el tipo de tratamiento en cuanto a la deglución, habla, lenguaje eee mejorar la calidad de vida respecto de las deficiencias del pacientes dentro de la hospitalización, educar a los familiares de acuerdo a las necesidades eemmm comunicativas, alimenticias o sea deglutorias en cuanto al paciente y eee también apoyar, como estamos en un hospital, también apoyar cómo podría decirlo, apoyar el manejo del paciente como de alta, ingreso-alta, como facilitar el manejo de los pacientes dentro del hospital

E: toma de decisiones...

E4: la toma de decisiones, hacer las cosas precoces, dar indicaciones que puedan favorecer también el manejo con los médicos: Ejemplo: el hecho de modificar un régimen a espeso y dar sugerencias de cómo dar los medicamentos para no arriesgarlo es una intervención para evitar de que el paciente tenga que mantenerse con sonda nasogástrica por más tiempo ¿ya?, o sea nosotros tratamos de facilitar el manejo del paciente y un alta precoz de acuerdo a sus posibilidades o determinar una gastro de forma precoz ¿cachai?

E: Eso es en pacientes....

E4: Eso es hospitalizados

E: ¿y en el policlínico?

E4: En el policlínico el rol es seguir.. puede ser dependiendo de si ya conocemos al pacientes, pero si ya lo conocemos es como continuar y seguir eee la evolución de paciente en cuanto a una alteración neurológica que tenga relación con la parte fonoaudiológica eee reevaluarlo, seguimiento, controles, intervención, educación de la familia, modificación de estrategias de acuerdo a la evolución y también intentar eem derivar o tratar de que el paciente siga eee trabajando en la parte de la comunidad pero no con nosotros sino que en algún momento que se puedan ir a un CCR para rehabilitar ¿ya?. Lamentablemente el que yo más conozco es el de la Pintana, es el único que conozco de hecho y el único como más interesado en relacionarse con el hospital. Yo siento que los otros CCR en realidad no sé mucho y el de la Pintana de gran apoyo y le da mucha importancia al paciente de su comuna para hacer una línea de red. Lo otro no sé

E: ¿Usted como considera al paciente: Como una persona que usted le entrega la información y las instrucciones y que él como que debe acomodarlas y considerarlas o

como un ente como que usted le da las opciones y él puede tener la decisión de que es lo más apropiado o no?

E4: tiene que ser.....

E: ¿...Un ente más activo o pasivo?

E4: eeemmm dependiendo, dependiendo... en general yo creo que se mezclan hartito lo mixto ¿ya? eeemmm hay pacientes que realmente necesitan una cosa ma'... que son más pasivo porque realmente son más pasivo ¿ya? y necesitan mucha necesidad de indicación, toman al médico como el que las cosas y las hacen. Para, mí eso lo encuentro muy rígido ¿ya?, pero muchas veces hay que ser así porque es la forma ~~en que tienen que mejorar~~ o sea en que uno puede hacer que el paciente siga las indicaciones, pero eee yo siento que cuando trabajamos de forma más eee de integrar al paciente, al familiar y hacer una cosa más dinámica el paciente se estimula mucho más y como que toma más conciencia de las cosas eee de su dificultad y las va mejorando

E: y... cómo

E4: Por eso te digo que es muy mixto porque....

E: ¿qué se da más acá: que usted pueda integrar a la familia o hay más opciones de que sea...?

E4: No, yo creo que las dos cosas. Aquí se considera hartito la familia eee en general el hospital como que tiene esa visión igual. Ahora no podemos intervenir mucho en la comunidad porque no estamos dentro de la comunidad. Ahí está la función de CCR, o sea si po' el CCR, nosotros tratamos de hacer eso pero no tenemos el tiempo pa' intervenir en eso, o sea el CRS donde nos vamos en forma ambulatoria es como lo más cercano que podemos estar a los pacientes en cuanto a su integración y ahí tenemos otra guía ¿ya? en comparación al CCR

E: ¿Los pacientes cuando son derivados al CCR igualmente siguen teniendo atención ambulatoria acá?

E4: No, lo estuvimos hablando el otro día y no es la idea, la idea es derivarlo y dejarlo derivado 100%. Esa es la idea

E: ¿Es la idea que surgió hace poco?

E4: Hace poco se dijo, sí...

E: coméntenos un poquito sobre eso

E4: eemmm.... en realidad mira mmm.... un paciente que empieza la rehabilitación en el CRS tiene un tiempo de evolución y nosotros seguimos recibiendo pacientes constantemente, lo que yo te decía que hay que ir manejando la agenda y todo y hay un momento en que nosotros decimos “no podemos seguir más allá” o podemos hacerlo pero en realidad las mejorías no son tan significativas y necesitamos que el paciente se integre a la comunidad ¿ya? que empiece a utilizar sus aprendizajes dentro de otros contextos que claramente aquí es un solo contexto no ma’: la intervención dentro del box eee y además con la familia afuera y sería ¿ya? eeemmm entonces, muchas veces nosotros decimos “a este paciente debiéramos darlo de alta”, pero tampoco podemos dejarlo solo y ¿qué tenemos que hacer? mandarlo a otro lugar donde pueda continuar la terapia que en este caso ya podría ser la Pintana con XX, la cosa es que muchas veces una podría seguir controlando al paciente para saber cómo va evolucionando, pero pero eemmm pero claro está esa disyuntiva de qué hacer: Seguir controlándolo mientras otro está trabajando en el ~~CR~~ CCR con el paciente o desligarse de él y entregarlo. Entonces esa es como una cosa media de discusión no sé si ética o de trabajo no sé, claro que pa’ nosotros sería mucho más fácil dejar al paciente listo, pero también tenemos esa como ... compromiso con el paciente ... eee más que compromiso es una unión con el paciente, uno no se desliga tan fácilmente como uno debe ser así en el fondo, pero si sabes que tiene una alteración y entonces lo estás mandando a un lugar para que continúe una terapia igual a uno le gusta ver qué está pasando con ese paciente ¿ya? pero una cosa de uno quizás no es necesario ¿ya?. Ahora ésa era la discusión, no era una discusión en mala pero saber que en el fondo ¿es necesario que el paciente esté utilizando un recurso en dos lugares? que no corresponde po’. Entonces es más fácil quizás derivarlo acá y dejarlo y ellos usan ese recursos y nosotros le damos la posibilidad a otro paciente de seguir con nosotros ¿cachai?

E: pero hasta ahora entonces lo que se da es que el paciente va a atención ambulatoria y además va al CCR

E4: Hace poco tuvimos una reunión y lo que hacemos ahora o lo que tenemos más conciencia porque nunca lo habíamos discutido, por eso es tan importante esta instancia cuando nos juntamos con los CCR a discutir temas porque hay veces que uno da por hecho cosas que no son tan obvias ¿ya? y después de la última reunión que fue hace como dos semanas ahí lo conversamos y fue como: “oye eee ¿si yo te mando un paciente, nosotros lo podemos seguir controlando en otras áreas?” ...y en realidad no po’ porque si lo estás derivando a otro fono, el fono debería ser capaz de tomar al paciente en su integridad y seguir una rehabilitación o un

plan realizado acá po” y en realidad tiene toda la razón. Lo que pasa es que de repente cuesta, pucha la señora sarita, entonces nunca más verla, no saber cómo sigue

E: Pero ¿antes de esta reunión el procedimiento era venir al policlínico y además al CCR o no?

E4: Podía darse o no, de hecho no era un tema. Algunos iban al CCR y nos enterábamos meses después así tratándolo y lo encontrábamos buenísimo porque hay mayor intervención con el paciente y el paciente mejoraba más rápido o no sé ¿ya? y lo encontrábamos genial porque eee recibe más intervenciones que aquí no podemos dar tantas ¿cachai?