

Artículo Original

Experiencias de fonoaudiólogos/as en hospitales y Centros Comunitarios de Rehabilitación: ¿se modifica la práctica de atención?

Sara Tapia-Saavedra ^{a,*}, Fernanda Espinosa-Vargas ^b, Paulina Herrera-Manriquez ^c, Dominique Venegas-Montenegro ^d

^a Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Chile

^b Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Otorrino, San Miguel, Santiago, Chile

^c Colegio San Cristóbal, La Florida, Santiago, Chile

^d Municipalidad de Renca, Programa Chile Crece Contigo, Renca, Santiago, Chile

RESUMEN

El presente trabajo busca caracterizar las prácticas fonoaudiológicas en dos contextos de atención de la salud pública chilena (hospitalario y atención primaria - centros comunitarios de rehabilitación). Es un estudio cualitativo con enfoque micro-sociológico, que implicó la realización de entrevistas en profundidad y observaciones no participantes a dos fonoaudiólogos/as insertos en Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) y dos fonoaudiólogos/as insertos en hospitales públicos. Los datos obtenidos se analizaron con herramientas de la Teoría Fundamentada y se propuso una conceptualización basada en semejanzas y diferencias de las prácticas fonoaudiológicas utilizando el software computacional ATLAS-ti. Del análisis surgen las siguientes categorías: rol del profesional, sujeto de atención, relación terapeuta-usuario/a, espacio físico y organización de la sesión, los/las participantes. Además, el principal hallazgo refiere a que todos/as los/las profesionales mencionan la relevancia de incorporar matices psicosociales en el abordaje que realizan. Sin embargo, en la práctica de todos/as los/las fonoaudiólogos/as durante la observación participante no se evidencia dicha incorporación. Los resultados permiten concluir que la conceptualización del quehacer fonoaudiológico se construye mayormente a partir del contexto laboral. Asimismo, los modelos de atención a la base (biomédico-biopsicosocial) se encuentran actualmente en un proceso de hibridación, siendo la práctica de los/las fonoaudiólogos/as situada y también influida por el contexto laboral.

Palabras clave:

Fonoaudiología;
Rehabilitación; Hospitales públicos; Atención primaria de salud; Alcance de la Práctica

Experiences of speech therapist in hospitals and Community Rehabilitation Centers: Is the care practice changed?

ABSTRACT

The present work seeks to characterize speech therapy practices in two Chilean public health care contexts (hospital and primary care - community rehabilitation centers). It is a qualitative study with a micro-sociological approach, which involved conducting in-depth interviews and non-participant observations with two speech therapists inserted in Community Rehabilitation Centers (CCR) and two speech therapists enrolled in public hospitals. The data obtained were analyzed with Grounded Theory tools and a conceptualization based on similarities and differences of speech therapy practices was proposed using ATLAS-ti computational software. The following categories emerge from the analysis: role of the professional, subject of care, therapist-user relationship, physical space and organization of the session, the participants. In addition, the main finding refers to the fact that all the professionals mention the relevance of incorporating psychosocial nuances in the approach they carry out. However, in the practice of all speech therapists during participant observation, such incorporation is not evidenced. The results allow us to conclude that the conceptualization of speech therapy is built mostly from the work context. Likewise, the models of care at the base (biomedical-biopsychosocial) are currently in a process of hybridization, the practice of speech therapists being situated and also influenced by the work context.

Keywords:

Speech Therapy;
Rehabilitation; Public hospitals; Primary health care; Scope of Practice

*Autor/a correspondiente: Sara Tapia-Saavedra

Email: saratapia@uchile.cl

Recibido: 19-01-2021

Aceptado: 12-08-2021

Publicado: 15-10-2021

INTRODUCCIÓN

La formación y el quehacer del/la fonoaudiólogo/a se ha diversificado en sus contextos de atención en la población adulta en Chile (Espinosa et al., 2014). Así, la práctica fonoaudiológica se concibe de diferentes maneras y se ejerce en territorios, contextos y realidades distintas. Además, se utilizan diversos modelos que dan fundamento y estructura a la atención en salud que se realiza, dentro de los cuales podemos destacar los modelos biomédico y biopsicosocial (Juárez, 2011).

La Fonoaudiología en Chile se ha desarrollado principalmente desde el modelo biomédico. Es por ello, que esta disciplina se ha concebido desde el abordaje de los trastornos, dejando en segundo plano a la persona, su familia y su contexto (Brahm, 2014; Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Desde este modelo el/la profesional se constituye como superior en sus conocimientos, porque entrega respuestas de forma unidireccional, sin necesariamente establecer un vínculo con la persona o la familia con la que se trabaja (Baeta, 2015; Tapia Saavedra, 2013).

El modelo biopsicosocial fue considerado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aprobada por la Asamblea de Salud Mundial en el año 2001 (Vergara, 2010). Dicho modelo define que el sujeto (usuario-paciente) es quien identifica el problema e involucra la participación del entorno familiar activamente en el proceso terapéutico, realzando al sujeto como una entidad activa con factores psicosociales determinantes en su conformación de persona (Brahm, 2014; Ibarra Peso et al., 2012). Debido a lo anterior, es relevante que el profesional adquiera y maneje estrategias para trabajar con los usuarios y su comunidad, que le permitan enfocarse en su calidad de vida y en la de sus familias.

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) propone que el usuario-familia es agente activo en el proceso terapéutico. Así, acerca territorialmente la rehabilitación e iguala las posibilidades de acceso a ella, no solo desde el enfoque salud, sino también desde los otros componentes de la matriz de la RBC. Dichos componentes son: educación, subsistemas, social y fortalecimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

En Chile, la RBC se ha situado en la atención primaria de salud, principalmente en los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) (Baeta, 2015), los que deben promover la estrategia de la RBC. En los últimos años el/la profesional fonoaudiólogo/a ha intentado desde su rol favorecer la promoción, la prevención y la educación de la comunicación desde todas las aristas en que se

desempeña (Silva Ríos et al., 2020). Ello se refleja en su quehacer en la atención primaria, donde se ha desarrollado principalmente desde su rol de rehabilitador/a de la comunicación (Silva Ríos, Escudero, et al., 2018). No obstante, el contexto, las estructuras laborales y las políticas nacionales han ido limitando este progreso. Lo anterior se ha observado en que los/las profesionales que se desempeñan en atención primaria continúan basándose en el enfoque biomédico (Silva Ríos, Escudero, et al., 2018; Tapia & Carreño, 2018).

Lo mencionado previamente se relaciona con el lazo indudable de la Fonoaudiología y el modelo biomédico durante la formación académica de dichos/as profesionales. Para Serra (2008), durante el periodo académico, las situaciones de salud que se estudian se desnaturalizan, es decir, se crea una visión técnica que utiliza un lenguaje especializado, alejando al profesional del/la usuario/a. Esto último se sustenta en que la educación de pregrado no entrega habilidades ni conocimientos suficientes para intervenir activa y eficazmente en contextos sociales complejos. Dichos contextos exigen que el/la profesional actúe en terreno, comprendiendo todas las barreras y los facilitadores sociales que rodean a el/la usuario/a durante los procesos evaluativo y terapéutico (Ithurralde et al., 2019).

La formación de pregrado es un pilar fundamental en el actuar del/la fonoaudiólogo/a. No obstante, para desplegar un conocimiento en acciones concretas en el escenario laboral, es fundamental considerar la estructura organizacional y las políticas públicas asociadas al rol del/la profesional en el centro donde se desempeñe. Se ha observado que, si bien los/las profesionales presentan habilidades blandas y conocimiento sobre aspectos sociales, las estructuras organizacionales se imponen al quehacer profesional por sobre sus ideales, intereses o conocimiento (Silva Ríos, Escudero, et al., 2018).

Durante los últimos años la formación académica ha intentado potenciar aspectos sociales y humanistas donde el perfil y la identidad del/la futuro/a fonoaudiólogo/a se posicione como el/la profesional que trabaja por el bienestar comunicativo. Según Romero (2012), el bienestar comunicativo se entiende como una: “Adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de necesidad de salud” (p. 102). Desde esta concepción, la intervención fonoaudiológica se concibe como un acompañamiento que involucra “actuar terapéuticamente de manera integral en conjunto con otros actores relevantes, considerar el contexto, la diversidad y los derechos de las personas...” (p. 105).

En el sistema sanitario actual, la práctica fonoaudiológica es distinta, dependiendo de los contextos en que se efectúa. A pesar de que se reconoce que existen diferencias, se carece de una caracterización que muestre con evidencia las diferencias de dichas prácticas. Para lograr la caracterización mencionada se requiere analizar y comparar prácticas fonoaudiológicas en contextos de atención de salud diferentes, considerando tanto el quehacer como el modelo teórico de base. Ello contribuye con antecedentes que permiten discutir respecto a los pilares en los que se proyecta al profesional fonoaudiólogo/a en su campo de trabajo (Vega Rodríguez et al., 2017). También conocer los enfoques, los modos de acción y las prácticas que han desarrollado los profesionales fonoaudiólogos/as en su contexto laboral posibilita exponer realidades y generar discusión entre lo que está realizando el/la profesional y lo que empíricamente debería efectuar desde los modelos teóricos que movilizan su práctica.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación consiste en caracterizar las experiencias laborales de fonoaudiólogos/as que se desempeñaban en CCRs y en hospitales públicos de la Región Metropolitana de Chile. Para lograr el objetivo, se formulan las siguientes preguntas de investigación: ¿cómo se caracterizan las prácticas fonoaudiológicas en dos centros hospitalarios y en dos centros de atención primaria (CCR)? y ¿qué modelos de atención en salud responden a dichas prácticas?

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó utilizando una metodología cualitativa, la cual implica indagar y describir conductas o acciones sociales, intentando deducir respuestas en un contexto microsociológico, es decir, conocer cómo se desarrollan determinadas conductas cotidianas a través de recursos etnográficos (Sosa, 2019). La perspectiva epistemológica que sustenta esta investigación es la tradición hermenéutico-interpretativa donde lo social se constituye por un conjunto de significados compartidos y relacionados. Dichos significados proporcionan sentido y pertenencia a un contexto social que se conoce como cotidianidad (espacios en que se dan los procesos de entendimiento). Junto con lo anterior, los significados entregan pautas y modelos para interpretar la acción individual y colectiva (Vasilachis, 2006).

La muestra se obtuvo por conveniencia de los/las investigadores/ras, por lo que el muestreo en este caso es opinático. Es decir, el/la investigador/a selecciona a los informantes siguiendo criterios estratégicos personales,

principalmente por conocimiento de la situación y voluntariedad (Andréu, 2000). Así, la muestra teórica se constituyó por 4 profesionales de diferentes comunas de Santiago. Dos eran fonoaudiólogos/as insertos en CCR con experiencia en RBC y los otros 2 eran fonoaudiólogos/as de hospitales públicos. Todos mantenían contacto directo con los/las usuarios/as de mínimo de 1 año. Por su parte, el tamaño de la muestra está dado por la información recabada y el tiempo que duró de la investigación.

Los datos se recopilaron durante 4 meses a través de entrevistas en profundidad interpretativa y de 3 observaciones no participantes. Las entrevistas abordaban el tema de investigación mediante preguntas no estandarizadas ni predeterminadas, para que el entrevistado/a pueda expresar su conocimiento, su motivación, sus sentimientos y sus creencias (Scribano, 2008; Varguillas Carmona & Ribot de Flores, 2007). Las entrevistas duraban aproximadamente 2 horas, eran grabadas y transcritas para su análisis. Las 3 observaciones no participantes duraban aproximadamente 1 hora. Dichas observaciones fueron registradas en bitácoras y notas de campo para obtener datos en un contexto del que el investigador no es parte (Nieto, 2001).

El análisis de los resultados se realizó con herramientas de la teoría fundamentada (codificación abierta y análisis comparativo de los conceptos encontrados), lo que permitió generar categorías (proceso de conceptualización). Las categorías se obtuvieron mediante el programa computacional ATLAS-ti (Hwang, 2008; Strauss & Corbin, 2002).

Es importante señalar que el estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación en seres humanos de la Universidad de Chile (050-2014). Además, cumple con los postulados de la declaración de Helsinki, de la guía internacional de ética para la investigación biomédica que involucra seres humanos CIOMS 1992, y de las guías de buenas prácticas clínicas de ICH 1996. Finalmente, se cuenta con el consentimiento informado de cada uno de los/las participantes.

RESULTADOS

Los resultados fueron organizados en categorías, según la información que se presentaba con mayor frecuencia en las entrevistas y en las observaciones no participantes:

- a. Categorías de las entrevistas: rol del profesional, sujeto de atención y relación terapeuta-usuario/a.
- b. Categorías de las observaciones: espacio físico y organización de la sesión.

Las categorías mencionadas se explican y desarrollan, citando comentarios que son partes de las entrevistas que señalan al entrevistado o entrevistada con números (ejemplo: E1).

Entrevistas

Rol profesional

En el contexto hospitalario, los/las fonoaudiólogos/as refieren que educar a la familia y al equipo de salud es una actividad central, por ejemplo:

“de acuerdo con las necesidades... comunicativas, alimenticias o sea deglutorias” (E4).

En cambio, los/las fonoaudiólogos/as insertos en CCR, describen su rol como guía, que implica negociar objetivos y acciones con el/la usuario/a:

“...orientarlos y educarlos de cómo pueden rehabilitar sus diferentes discapacidades... yo no pretendo cambiar nada de la persona, yo no voy a mejorar a la persona, yo la estoy orientando en su rehabilitación” (E1).

Respecto al objetivo de la terapia fonoaudiológica, los profesionales del contexto hospitalario plantearon su función en la compensación o restitución de funciones,

“...el rol del/la fonoaudiólogo/a 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 ...” (E3).

Por su parte, los insertos en los CCR plantearon un rol direccionado para conocer la realidad social de los sujetos:

“En 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 inciden en la comunicación, alimentación ... barreras o algunos factores que puedan incidir que la persona no se desempeñe bien en el hogar ...” (E3).

Esto implica que los/las fonoaudiólogos/as del CCR participan en reuniones de equipo interdisciplinarias para revisar y plantear objetivos conjuntos. Además, se informan contenidos y actividades trabajadas por otros profesionales para incorporarlas en la sesión fonoaudiológica y apoyar la generalización de tareas,

“Es una constante el comentar los casos y fortalecer lo que es el trabajo interdisciplinario” (E2).

Sujeto de la atención

Los/las profesionales que emplean estrategia RBC esperan que los sujetos de atención estén empoderados de su situación de salud:

“la visión que tenemos de las personas, de partida no son pacientes...” (E1)

“intentamos promover este cambio paradigmático en las personas para que ellos sean agentes activos en el cambio... un factor determinante en el cumplimiento de este objetivo en que la persona se incluya en grupos” (E2).

Relación terapeuta y usuario/a

Los/las fonoaudiólogos/as insertos/as en el contexto hospitalario se plantean desde una relación más bien jerárquica (ellos cómo responsables de la intervención). Informan manejo de herramientas comunicativas o de espacio que le permiten acercarse al sujeto de atención. Ejemplo:

“yo intervengo con el paciente en la silla de rueda, o sea yo salgo de mi puesto...” (E4).

Los profesionales de los CCR se presentan como un guía o acompañante, que trabaja en conjunto con el/la usuario/a:

“Aquí somos todos iguales, por lo general, los/las usuarios/as no nos llaman de ninguna manera en particular, por nuestros nombres...”, “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 ... “Yo le voy a ayudar a que usted mismo solucione su problema, lo voy a orientar porque yo manejo el tema ...aquí el diagnóstico es participativo” (E2).

Esta práctica se relaciona con la visión de que el/la usuario/a tiene un rol activo, porque posee la capacidad de aportar en su tratamiento.

Observaciones no participantes

Espacio físico

Los/las fonoaudiólogos/as del contexto hospitalario se desenvuelven en espacios, según la modalidad de atención que realizan. Es decir, atienden personas hospitalizadas y de manera ambulatoria en un box que cuenta con mobiliario, como sillas, mesa, escritorio y lavamanos.

Por su parte, los/las fonoaudiólogos/as del CCR trabajan en un box individual con mobiliario similar a la anterior. Sin embargo, también comparten espacios (con implementos como colchonetas y máquinas de actividad física) con otros profesionales como kinesiólogos/as y terapeuta ocupacionales, junto con un sector para reuniones de equipo.

Organización de la sesión

En el contexto hospitalario, el tiempo de las intervenciones varía según el objetivo. Por ejemplo, en el servicio de hospitalizados, la intervención tiene una duración que fluctúa entre 25 minutos y 1 hora. Las funciones del profesional se orientan a la atención del paciente y a la comunicación con la familia. En cambio, la atención ambulatoria dura entre 25 y 45 minutos y en algunos casos se cuenta con la participación de algún familiar, si el/la profesional lo considera pertinente.

Por su parte, los/las fonoaudiólogo/as de CCR ocupan entre 45 minutos y 1 hora en la evaluación y la intervención. En estos procesos participan el/la fonoaudiólogo/a, la familiar y el /la usuario/a, en salas compartidas con otros/as profesionales. Es importante destacar que discursivamente se reconoce la participación de la familia, aunque en el estudio no se observó la participación activa de ningún integrante de la familia.

Lo expuesto previamente entrega rasgos de cada desempeño profesional en un determinado contexto terapéutico. En particular, se observan claramente lineamientos asociados al modelo biopsicosocial con mayor preponderancia en el CCR. Por otro lado, destacan rasgos característicos del modelo biomédico en el centro hospitalario.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados posibilitan entregar elementos para caracterizar las experiencias de 4 Fonoaudiólogos/as, entendiendo con ello que lo observado no necesariamente es generalizable a otras realidades. Sin embargo, son experiencias que aportan respecto a dos realidades de trabajo, permitiendo responder las preguntas de investigación.

Respecto a la caracterización de las prácticas en hospitales y en CCRs, en las entrevistas surge el tema de la influencia del contexto laboral en sus experiencias de trabajo, relacionado por ejemplo con los objetivos en los servicios públicos y las diferencias entre la atención primaria y terciaria. En contextos hospitalarios un objetivo común es lograr la estabilidad médica y

pronta alta de los/las usuarios/as, mientras que en los CCRs la inserción del/la usuario/a en su comunidad es un objetivo central.

Lo anterior, permite diferenciar las intervenciones y los enfoques utilizados por los/las fonoaudiólogos/as en estos servicios. Así, los profesionales de los hospitales dirigen su abordaje mayormente a las estructuras y funciones corporales, mientras que los profesionales de CCR se orientan en actividad (funcionalidad individual) y participación (funcionalidad social) de los/las usuarios/as (Duarte et al., 2017). Esto último también es señalado por profesionales que se desempeñan en otras regiones del país en contexto RBC. Lo que se manifiesta en que son guías para los/las usuarios/as y sus familias dentro de un equipo intertransdisciplinario, en donde desde la participación se busca mejorar la calidad de vida de las personas (Silva Ríos, Rojas, et al., 2018).

La práctica fonoaudiológica se ha realizado históricamente desde el modelo biomédico, lo que ha repercutido en la formación de los/las profesionales. También, han influido las políticas públicas y los marcos institucionales que estructuran el actuar profesional, que definen metas de cumplimiento y formatos de atención que restringen la plena expresión del modelo biopsicosocial (Tapia Saavedra, 2013).

Otro aspecto que emerge del trabajo de los/las participantes que son funcionarios/as de CCR, es la relación que tendría el/la usuario/a con el/la terapeuta, donde todos/as los/las entrevistados/as enfatizan un rol activo, lo que es coherente con la estrategia RBC (Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, 2005). Ello implica un abordaje que fomenta la educación y la participación de los/las usuarios, de sus familias y de la comunidad (Besoain-Saldaña et al., 2020). Sin embargo, es importante señalar que no es suficiente la “participación activa” de los/las usuarios/as para lograr inclusión, sino que se requiere de un trabajo real en el contexto de la persona, las redes de apoyo y la intervención coordinada con otras instituciones, lo que representa un desafío aún mayor para la Fonoaudiología.

Junto con lo anterior, los/las entrevistados/as relevan que la planificación del abordaje debiese ser compartida entre el/la profesional y el/la usuario/a, específicamente mencionan la importancia de la construcción colectiva de los planes terapéuticos, la necesidad de considerar la participación comunitaria de los/las usuarios/as y el requerimiento de acordar los objetivos de abordaje. Sin embargo, lo señalado en las respuestas de los/las participantes durante las entrevistas, no fue evidenciado en las observación no participante realizadas en las sesiones entre el/la terapeuta y los/las usuarios/as, el rol de guía

señalado por los/las entrevistados/as estaba limitado a entregar indicaciones, las cuales eran aceptadas, sin establecer un diálogo de acuerdos. Así mismo, en la mayoría de las situaciones el/la terapeuta fue quien dirigía las sesiones y las actividades a realizar. Esto último refleja, según (Tapia Saavedra, 2013), que, en nuestro sistema de salud, es frecuente que los lineamientos del modelo comunitario sea posible observarlos mayormente en el discurso de los/las profesionales, dado que en el momento del trabajo in situ se mantienen relaciones jerarquizadas.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS el enfoque biopsicosocial contempla la interacción entre la persona en situación de discapacidad (PeSD) y su entorno familiar, comunitario y social, siendo una función de los CCR favorecer esta participación e inclusión comunitaria (Besoain-Saldaña et al., 2020). En las entrevistas todos/as resaltaron la importancia del contexto y de la comunidad en la rehabilitación. Con ello se evidencia que los/las profesionales de los hospitales poseen concepciones del modelo biopsicosocial y además son conscientes de los factores culturales, psicológicos, sociales y biológicos que rodean al usuario/a (Tapia et al., 2016). Sin embargo, incluir la participación familiar en las atenciones realizadas en los hospitales es una acción compleja dado el contexto de atención de dicho lugar. Ello porque existe un marco institucional que los regula y un nivel de resolutivez de escasa autonomía. También en la exclusión de la familia influyen negativamente las circunstancias de la población a quienes atienden (Tapia & Carreño, 2018). Esto último también podría suceder en atención primaria, donde los/las fonoaudiólogos/as que pertenecen a los CCRs deben considerar la RBC como modelo de trabajo, lo que implica, por ejemplo; visitas domiciliarias, inserción laboral de los/las usuarios/as, etc. No obstante, la teoría del modelo en ocasiones se enfrenta a la estructura sanitaria que mide número de prestaciones (REM: registro estadístico mensual), pudiendo limitar las prácticas a realizar en este contexto de atención (Silva Ríos, Escudero, et al., 2018).

Por último, los/las fonoaudiólogos/as participantes manifestaron que el desempeño en el contexto actual es dinámico en cuanto a los conocimientos necesarios para la práctica laboral y depende del constructo institucional del lugar en el que trabajan, evidenciando que el quehacer profesional se modifica según la experiencia. Se resignifica el rol a partir del contacto y vínculo con los/las usuarios/as, la concepción sobre “el sujeto de atención”, creencias sobre la enfermedad, condición o situación de salud, entre otros conceptos. Según Goffman (2006) un buen aprendizaje sobre algún contexto consiste en insertarse en él y experimentar las rutinas habituales de los miembros. En esta

experiencia tal como lo menciona Silva Ríos, Rojas, et al. (2018) adquiere relevancia la formación obtenida en pregrado y la capacidad de pensamiento crítico que posean los profesionales, ya que deben adaptarse y flexibilizar sus acciones en distintos ambientes y circunstancias.

A modo de síntesis de lo observado, se puede extraer que la práctica profesional que los/las fonoaudiólogo/as han experimentado se ha construido gracias a las interacciones con los/las otros/as, debiendo apropiarse de la historia del lugar y la aplicación de la normativa institucional. Cada contexto es diferente y las interacciones que se realicen dentro de él llegan a ser propias y aceptadas por el grupo, es decir, ese contexto y la experiencia constituyen una realidad colectiva. En este sentido, el/la profesional efectúa acciones que le permitan cumplir con su quehacer de la mejor forma posible en su contexto laboral, que en la mayoría de ellos se tradujo en instruirse y generar aprendizajes importantes para la práctica que realizan. 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” (Mercado & Zaragoza, 2011).

CONCLUSIONES

Se percibe que los/las entrevistados/das comparten saberes y competencias propios de la disciplina, independiente del contexto. Sin embargo, el actuar es diferente según la estructura y objetivos del servicio en el que se encuentran insertos. El contexto laboral influye directamente en el quehacer fonoaudiológico, debido a la influencia de otros/as profesionales, creencias y emociones personales en relación con los/las usuarios/as. También, influyen los modelos y las estrategias de intervención propias del contexto laboral.

En cuanto a la concepción que poseen los/las fonoaudiólogos/as del CCR de su práctica profesional, se puede concluir que conciben su rol como una guía y una orientación a los/las usuarios/as, sus familiares y su comunidad. Ellos/as conocen la realidad social y cultural en la que se insertan y proponen un trabajo interdisciplinario, esperando que los/las usuarios/as tengan un rol activo y participativo en su intervención. Los/las profesionales reconocen la importancia de disminuir la barrera entre profesional-usuario/a. No obstante, lo anterior, se evidenciaron diferencias entre el actuar y los discursos, ya que los relatos demuestran un dominio teórico de la estrategia RBC, pero en el actuar sólo uno/a de ellos/as representaba este espacio de igualdad y horizontalidad en la relación (lenguaje utilizado,

proxémica, disposición del tiempo, tipos de actividades, nivel de participación de los usuarios/as y sus familias etc.).

En relación con los/las participantes de los contextos hospitalarios, es importante considerar que su visión hacia la rehabilitación está ligada principalmente a restaurar o compensar funciones, sin uso distintivo de elementos biopsicosociales. Su actuar se relaciona con sus propios conocimientos y creencias de cuál es su función a nivel laboral.

En ambos contextos, la concepción y ejecución del quehacer profesional está determinado por la institución, la normativa, la protocolización de los procedimientos a aplicar en evaluación e intervención. También está determinado por las formas en que el sistema público, del cual dependen estas instituciones, establece la eficiencia y la eficacia de los procesos. Por tanto, la normativa de la institución que el profesional debe seguir dispone muchas de las acciones diarias, lo que significa que cada fonoaudiólogo/a construye su práctica en este marco institucional.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la disposición y disponibilidad de profesionales, usuarios/as y familiares participantes que permitieron acompañar su proceso de evaluación y/o sesión terapéutica.

REFERENCIAS

Andréu, J. (2000). *Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: Reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81–84. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Besoain-Saldaña, Á., Sanhueza, J. R., Hizaut, M. M., Rojas, V. C., Ortega, G. H., & Aliaga-Castillo, V. (2020). Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en centros de atención primaria en Chile. *Revista de Saúde Pública*, 54. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999>

Brahm, S. (Ed.). (2014). Fortalecimiento de la atención primaria de salud: Propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno [Review of *Fortalecimiento de la atención primaria de salud: Propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno*, por E. Arancibia, J. Contreras, R. Fábrega, A. Infante, I. Irrazaval, M. Inostroza, S. Ñíguez, J. Montero, K. Puschel, E. Santelices, I. Segovia, Á. Téllez, C. Tello, & P. Villaseca]. *Temas de la agenda pública*, 9(67), 1–19. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>

Duarte, L., Peña, M., & Piragua, L. (2017). Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. *Areté*, 7, 173–178. <https://arete.iberu.edu.co/article/view/525>

Espinosa, F., Herrera, P., & Venegas, D. (2014). *Caracterización del quehacer fonoaudiológico en dos contextos de atención: Centros comunitarios de rehabilitación y hospitales de salud pública* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130738>

Goffman, E. (2006). *Frame Analysis. Los marcos de referencia* (1ª ed.). Centro de Investigaciones Sociológicas.

Hwang, S. (2008). Utilizing Qualitative Data Analysis Software: A Review of Atlas.ti. *Social Science Computer Review*, 26(4), 519–527. <https://doi.org/10.1177/0894439307312485>

Ibarra Peso, J., Hernández Castro, A., & Meza Vásquez, S. (2012). Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante. *Medwave*. <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5290>

Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. (2005). *Sistematización Rehabilitación con Base Comunitaria INRPAC*. <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/236/documento>

Ithurralde, C., Campra, C., Felice, F., & Ghingini, M. F. (2019). Formación académica y práctica profesional en Fonoaudiología Social y Comunitaria. *Escenarios*, 30, Article 30. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10034>

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70–79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134644>

Mercado, A., & Zaragoza, L. (2011). La interacción social en el pensamiento sociológico de Erving Goffman. *Espacios Públicos*, 14(31), 158–175. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621192009>

Nieto, C. (2001). *Sociología*. Editorial Club Universitario.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Salud_spa.pdf;jsessionid=2854E8C58FCEAF35C1C223B9CDC0A0C9?sequence=3

Romero, L. (2012). Desplazamiento respecto de los saberes disciplinares de la Fonoaudiología. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 11, 99–106. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2012.24520>

Scribano, A. O. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo Libros Editorial.

Serra, S. (2008). *Fonoaudiológicamente: Nociones básicas y práctica profesional* (1a ed.). Editorial Brujas.

Silva Ríos, A., del Campos Rivas, M., & Pérez, R. (2020). Conocimiento de la Rehabilitación Basada en la Comunidad por parte de fonoaudiólogos de la región de Valparaíso, Chile. *REVISTA CUHSO*, 30(2), 189–202. <https://doi.org/10.7770/cuhso.v30i2.1949>

Silva Ríos, A., Escudero, P., Hidalgo, R., & del Campo, M. (2018). Estudio Cualitativo de la Práctica Fonoaudiológica en el Contexto de la Atención Primaria de la Salud, en la Quinta Región de Valparaíso. *Ciencia & Trabajo*, 20(62), 103–106. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492018000200103>

- Silva Ríos, A., Rojas, G., Vásquez, K., & del Campo, M. (2018). Estudio Cualitativo de la Práctica Fonoaudiológica en el Contexto de Rehabilitación Basada en la Comunidad, en la Quinta Región de Valparaíso. *Ciencia & Trabajo*, 20(63), 126–130. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492018000300126>
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 244–253. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986521>
- Sosa, A. (2019). La inducción analítica como método sociológico desde una perspectiva histórica. *Cinta moebio*, 64, 11–30. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2019000100011>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Tapia, S., & Carreño, A. (2018). ¿Es posible la integración del modelo comunitario en la atención de rehabilitación en Chile? Barreras para su real expresión desde los interventores. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.34052/rispch.v2i1.43>
- Tapia, S., Espinoza, F., Herrera, P., & Venegas, D. (2016). Caracterización de fonoaudiólogos/as insertos/as en Centros Comunitarios de Rehabilitación. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 15, 1–13. <https://doi.org/10.5354/rcdf.v15i0.44186>
- Tapia Saavedra, S. (2013). *Modelo comunitario versus modelo biomedico un acercamiento desde la atención primaria*. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130684>
- Varguillas Carmona, C., & Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus Revista de Educación*, 13(23), 249–262.
- Vasilachis (Ed.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa* (1ª ed.). Editorial Gedisa. <http://investigacionsocial sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>
- Vega Rodríguez, Y. E., Torres Rodríguez, A. M., & del Campo Rivas, M. N. (2017). Análisis del Rol del Fonoaudiólogo(a) en el Sector Salud en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 19(59), 76–80. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492017000200076>
- Vergara, L. (2010). Desarrollo de la medicina física y rehabilitación como especialidad médica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 21(4), 281–288. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/124197>