



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

SEDE VALDIVIA

**Principales motivos y signos en los que se basan los
profesionales en los Centros de Salud Familiar para derivar
usuarios al fonoaudiólogo(a) en la Región de Los Ríos.**

Tesina para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología.

Profesora guía: Mg. Cecilia Andrea Saba Samur.

Profesor metodológico: Carlos Enrique Quintana Escobar.

Estudiante (s): Luz Arlen Andrade Macías.

Pamela Andrea Castillo Bustos.

Mariana Alexandra Pérez Inostroza.

Valdivia, Chile

2018

© Luz Arlen Andrade Macías.
Pamela Andrea Castillo Bustos.
Mariana Alexandra Pérez Inostroza.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

HOJA DE CALIFICACIÓN:

En _____, el _____ de
_____ de _____, los abajo
firmantes dejan constancia que las alumnas
_____, _____
y _____ de la carrera de _____
han aprobado la memoria para optar al título de

con una nota de ____, ____.

Nombre y firma del profesor evaluador

Nombre y firma del profesor evaluador

DEDICATORIA:

Dedicamos este proyecto de investigación a quienes creyeron en nosotras, especialmente a nuestras familias, papás, hermanos, parejas e hijos por acompañarnos hasta el final del proceso y entregarnos la fortaleza para enfrentar este gran desafío de la mejor manera.

“En momentos sentimos que la vida es como nadar a mar abierto,
a veces se nada contra corriente y a veces a favor,
no importa lo dificultoso que sea el camino hacia la orilla,
lo importante es llegar”.
Anónimo.

AGRADECIMIENTOS:

A todos los profesionales que accedieron a participar del proceso de investigación y a los docentes que guiaron el desarrollo de la misma.

A nuestra profesora tutora, Cecilia Saba, por compartir sus conocimientos, buena disposición y espíritu positivo, que nos ayudaron a forjarnos como grupo y sacar lo mejor de nosotras.

Por último, agradecemos de forma especial a nuestro profesor metodológico Carlos Quintana por su dedicación, apoyo constante y guía para mantener el camino hasta el final.

Gracias a ustedes, vemos florecer el fruto del trabajo realizado durante todo este año.

TABLA DE CONTENIDOS:

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	1
Introducción	2
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1. Objetivo general	4
2. Objetivos específicos.....	4
3. Justificación.....	5
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	7
1. Ciclo vital.....	8
2. Concepto de salud en el ser humano.....	9
3. Sistema de salud.....	10
3.1 Sistema de salud en Chile.....	11
3.2 Descripción y conceptualización del sistema de salud público.....	11
3.3 Sistema de salud público en Chile.....	12
3.4 Organización del sistema de salud público en Chile.....	13
4. Atención Primaria de Salud.....	14
4.1 Modelo de atención integral de salud.....	15
5. Centros de Salud Familiar.....	17
5.1 El rol de los profesionales en los Centros de Salud Familiar.....	19
5.2 Rol del profesional fonoaudiólogo en los Centros de Salud Familiar.....	22
5.3 Participación del fonoaudiólogo en el nivel primario de atención.....	24
5.3.1 Guía clínica Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más.....	26
5.3.2 Guía clínica de fisura Labio-Palatina.....	26
5.3.3 Guía clínica Enfermedad de Parkinson.....	27
5.3.4 Guía de hipoacusia bilateral en mayores de 65 años y tratamiento de hipoacusia en menores de 2 años.....	27
5.3.5 Programa Chile Crece Contigo.....	28

6. Definición de signo y motivo en el área de salud.....	30
7. Derivaciones e interconsultas.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	35
1. Tipo y diseño de la investigación.....	36
2. Población.....	36
3. Muestra.....	36
4. Criterios de exclusión.....	36
5. Proceso de validación.....	36
5.1 Aprobación del proyecto de investigación.....	36
5.2 Validación del instrumento de recolección de datos.....	36
5.3 Instrumento de recolección de datos.....	37
6. Procedimiento de recolección de datos.....	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	66
1. Consentimiento informado.....	67
2. Instrumento de recolección de datos.....	71
3. Constancia para validación del instrumento de recolección.....	75

ÍNDICE DE TABLAS Y/O CUADROS

GRÁFICO N° 1. Distribución de la muestra según profesión.....	40
GRÁFICO N° 2. Preguntas generales de investigación.....	41
TABLA N° 1. Signos de derivación al fonoaudiólogo en población infantil.....	42
TABLA N° 2. Motivos de derivación al fonoaudiólogo en población infantil.....	44
TABLA N° 3. Signos de derivación al fonoaudiólogo en población adolescente.....	45
TABLA N°4. Motivos de derivación al fonoaudiólogo en población adolescente.....	46
TABLA N° 5. Signos de derivación al fonoaudiólogo en población adulta.....	47
TABLA N° 6. Motivos de derivación al fonoaudiólogo en población adulta.....	48

RESUMEN:

El fonoaudiólogo ha estado incorporado desde hace años en las instituciones de salud, solo que su rol aún no ha sido declarado adecuadamente, generando dificultades en su vinculación en el Sistema de Salud público, específicamente en atención primaria.

En los últimos años han incrementado la cantidad de estudios que buscan dar a conocer el rol del fonoaudiólogo, tanto desde la autopercepción como por parte del resto de los profesionales en atención primaria. De forma especial, en este último caso se ha evidenciado que hay mayor conocimiento del rol fonoaudiológico en el área infantil, preponderando por sobre las otras áreas. Es por esto, que el propósito de esta investigación es dar a conocer los signos y motivos por los cuales se basan los profesionales para derivar usuarios al fonoaudiólogo a lo largo del ciclo vital, específicamente en los Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos en el año 2018.

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo. El muestreo es no probabilístico por conveniencia, y la muestra es de 50 profesionales que ejercen en CESFAM de la Región de los Ríos que derivan o han realizado derivaciones al fonoaudiólogo.

Los resultados obtenidos permiten concluir que los motivos y signos en que se basan los profesionales para derivar, tienen una predominancia ante afectaciones de habla y lenguaje, y por otro lado, se evidencian bajos porcentajes de derivación ante afectaciones en las funciones estomatognáticas.

Palabras claves: Ciclo vital, Salud, Sistema de Salud Público, Centros de Salud Familiar, Fonoaudiólogo, Signos, Motivos de consulta, Derivación

ABSTRACT:

The phonoaudiologist has been incorporated for years in health institutions, except that his role has not yet been adequately declared, generating difficulties in his linkage to the public health system, specifically in primary care.

In recent years there has been an increase in the number of studies that seek to raise awareness of the role of the phonoaudiologist, both from self-perception and by the rest of the professionals in primary care. In a special way, in this last case it has been evidenced that there is greater knowledge of the phonoaudiological role in the children's area, prevailing over the other areas. For this reason, the purpose of this research is to make known the signs and reasons for which professionals base their work to refer users to the phonoaudiologist throughout the life cycle, specifically in the Family Health Centers of the River Region in 2018.

The present study has a quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive type of design approach. The sampling is not probabilistic for convenience, and the sample is of 50 professionals that practice in CESFAM of the Region de los Ríos that derive or have made derivations to the phonoaudiologist.

The results obtained allow us to conclude that the motifs and signs on which professionals base their derivation have a predominance in the face of speech and language impairments, and on the other hand, there are low percentages of derivation in the face of impairments in stomatognathic functions.

Keywords: Life cycle, Health, Public Health System, Family Health Centers, Speech pathologist, Signs, Reasons for consultation, Referral.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN:

En el sistema de salud, se distinguen tradicionalmente cuatro niveles de atención; primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) los definen como "una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población" (p.12). El primer nivel, más específicamente, es aquel de menor complejidad, pero de mayor cobertura, y se encuentra representado por postas y estaciones médico rurales, además de consultorios urbanos y rurales, entre otros. Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) se rigen bajo un modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, cuyo rol se centra en otorgar promoción y prevención a los usuarios en salud.

Los CESFAM, están conformados por un equipo de salud multidisciplinario, que busca otorgar a los usuarios una atención integral a lo largo de todo el ciclo vital, centrada en las personas y sus familias del territorio que mantienen a cargo y en base a esto, mejorar su calidad de vida.

Según lo antes mencionado, es esencial que todo profesional de la salud conozca la labor que realiza cada miembro del equipo que lo integra, para así en caso de ser requerido realizar las derivaciones de los usuarios hacia el profesional especializado.

Por otro lado, Rojas (2015) define la derivación como "el acceso desde la atención primaria, es decir, el primer nivel asistencial, a la atención especializada" (p.36), dentro de lo cual, se remite el usuario a otro profesional, para lograr así una atención más oportuna e integral. En el caso del fonoaudiólogo, no se puede saber a ciencia cierta si esta definición se cumple a cabalidad, pues al ser un profesional que se encuentra inserto hace pocos años a la atención primaria, no existe mucha evidencia sobre su labor específica.

En los últimos años se han realizado estudios en base a la labor fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria, concluyendo que ésta se encuentra enfocada mayoritariamente en la población infantil, participando fundamentalmente de programas de la primera infancia, como lo es el Chile Crece Contigo. Esto genera que el rol del fonoaudiólogo no esté bien definido para el resto de la población. Es por esto, que el presente estudio tiene por objetivo identificar y establecer los principales motivos y signos en los cuales se basan los profesionales de la salud en los Centros de Atención Primaria para derivar usuarios al fonoaudiólogo.

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. OBJETIVO GENERAL:

1.1 Determinar los principales motivos y signos en los que se basan los profesionales en los Centros de Salud Familiar para derivar usuarios al profesional fonoaudiólogo(a) en la Región de los Ríos en el año 2018.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1 Determinar los signos en que se basan los profesionales de salud para derivar a niños de 0 a 11 años al fonoaudiólogo(a) en los Centros de Salud Familiar en la Región de los Ríos.

2.2 Determinar los signos en que se basan los profesionales de salud para derivar a adolescentes de 12 a 18 años al fonoaudiólogo(a) en los Centros de Salud Familiar en la Región de los Ríos.

2.3 Determinar los signos en que se basan los profesionales de salud para derivar a adultos de 19 años en adelante al fonoaudiólogo(a) en los Centros de Salud Familiar en la Región de los Ríos.

2.4 Determinar los motivos en que se basan los profesionales de salud para derivar a niños de 0 a 11 años al fonoaudiólogo(a) en los Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos.

2.5 Determinar los motivos en que se basan los profesionales de salud para derivar a adolescentes de 12 a 18 años al fonoaudiólogo(a) en los Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos.

2.6 Determinar los motivos en que se basan los profesionales de salud para derivar a adultos de 19 años en adelante al fonoaudiólogo(a) en los Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos.

3. JUSTIFICACIÓN:

La fonoaudiología es una disciplina del área de la salud que se encarga de la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos que afectan el habla, lenguaje, voz, audición, motricidad orofacial, funciones estomatognáticas, comunicación y deglución.

En base a esto, las competencias que presenta el fonoaudiólogo en cada área mencionada, lo convierten en un profesional capacitado para atender a los usuarios en cualquier nivel de salud, más específicamente en el nivel primario donde tiene un bajo porcentaje de desempeño laboral, y no sólo en nivel secundario y terciario (Colegio Médico, 1996).

En Chile, el rol del fonoaudiólogo se ha asociado mayoritariamente al área de educación infantil, vinculándolo al diagnóstico e intervención en trastornos del lenguaje y habla, sin embargo, como se mencionó, el campo en el cual se desenvuelve el fonoaudiólogo es amplio.

Según Vega, Torres y del Campo (2017), el fonoaudiólogo ha estado incorporado desde hace años en las instituciones de salud, sólo que su rol aún no ha sido declarado adecuadamente, lo que ha generado las consiguientes dificultades dentro de su vinculación laboral en el sector público, y específicamente, en la atención primaria.

Lo anteriormente mencionado puede influir en la percepción de los demás profesionales de la salud en el quehacer fonoaudiológico, y por consiguiente, en las derivaciones que realizan, provocando que los requerimientos por parte de los usuarios, que abarquen alguna de las distintas áreas fonoaudiológicas señaladas anteriormente, no sean abordadas por el profesional idóneo.

En estos últimos años, han incrementado los estudios enfocados en el conocimiento que tienen los profesionales de salud, particularmente en atención primaria, en base al quehacer fonoaudiológico. Por consiguiente, el presente

estudio busca reflejar un aspecto relacionado, con escasa evidencia empírica dentro de la disciplina fonoaudiológica, como lo son los signos y motivos de derivación más frecuentes por parte de los profesionales de los Centros de Salud Familiar. Esto, permite evidenciar de forma paralela qué áreas son las que generan los principales motivos de derivación, y cuales aún no son reconocidos dentro del quehacer fonoaudiológico por parte de los profesionales, interfiriendo así en sus derivaciones, y por consiguiente en una atención óptima e integral para la comunidad.

Por otro lado, los resultados obtenidos en este estudio pueden servir de base para ampliar los campos de acción, dentro de lo que es la concientización y difusión respecto a aquellas áreas que generan menor porcentaje de derivación por parte de los profesionales, instaurando así la necesidad de la presencia del profesional idóneo en las áreas de deglución, voz, habla, lenguaje, motricidad orofacial, audición y funciones estomatognáticas, a nivel de atención primaria, para lograr suplir de forma óptima las necesidades de la comunidad que requieran una atención integral dentro del equipo multidisciplinario.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL:

1. Ciclo vital:

El ser humano posee un ciclo vital basado en el crecimiento y desarrollo, el cual atraviesa desde su nacimiento hasta la muerte. Si bien sabemos que el ciclo vital se divide en diferentes etapas de desarrollo, Papalia, Wendkos y Duskin (2010), las describen como un constructo social, ya que explican que no hay un momento en específico en que uno se vuelva adulto; conceptos como la niñez y la adolescencia, que en las sociedades industriales es bastante reciente, son en realidad una invención de una cultura o sociedad en específica. En base a esto, y pese a que las diferentes etapas no se pueden tomar como absolutas, ya que como se mencionó, existe una gran diversidad tanto individual como cultural; con fines descriptivos se tomarán de referencia las etapas descritas por Papalia et al. (2010), dentro de las cuales se mencionan ocho etapas aceptadas en las sociedades industriales occidentales: Periodo prenatal, infancia, niñez temprana, niñez media, adolescencia, juventud, adultez media y adultez tardía.

- Periodo prenatal (desde la concepción al nacimiento).
- Infancia (desde el nacimiento a los 3 años)
- Niñez temprana (desde los 3-6 años)
- Niñez intermedia (desde los 6-11 años)
- Adolescencia (desde los 11-20 años)
- Edad adulta temprana (desde los 20-40 años)
- Adulto intermedio (desde los 40-65 años)
- Adulto tardío (desde los 65 años y más)

Dentro de las etapas anteriormente mencionadas, no podemos dejar fuera dos conceptos que se encuentran presentes y enlazados a lo largo de todo el ciclo vital como lo son: la salud y la enfermedad.

Malagón, Brenes y Guevara (2006) se refieren a estos conceptos en visión de un proceso orgánico y dinámico del ciclo, correlacionando ambos de esta manera:

El proceso salud-enfermedad no implica polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio. Los modos y estilos de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por tanto al ser desarrollados por la sociedad y los individuos, influirán positiva o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (de Riesgo). (p.7).

2. Concepto de salud en el ser humano:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) citado por León y Berenson (1996, p.1), define el concepto de salud como:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Para que el ser humano logre mantener un bienestar tanto físico, como emocional y mental, goza del derecho a obtener una atención sanitaria y de salud, cuando y donde estime como necesarios; además este debe ser accesible para todos. Es por eso que cada país organiza la atención en salud de sus pobladores a través de un sistema que les permita accesibilidad y calidad en los diversos establecimientos que cuentan para esto.

3. Sistema de Salud:

Es un concepto amplio y organizado, que abarca instituciones y entidades que se organizan de manera jerárquica, cumpliendo labores con un fin común: la salud de su población.

Para lograr el funcionamiento de este sistema, es necesario que las organizaciones o instituciones que lo integren, trabajen de manera organizada y jerárquica, delegando funciones para cumplir el correcto funcionamiento de este. En nuestro país velar por el funcionamiento de este sistema comienza a nivel de estado, el que tiene la responsabilidad de atender a las necesidades sanitarias generales y de mayor impacto para el territorio nacional.

Según el Departamento de Desarrollo Estratégico del Ministerio de Salud Chileno, existen distintas definiciones para este concepto, pero considera apropiada la de la Organización Mundial de la Salud, la que hace referencia a un conjunto de organizaciones, personas y acciones que trabajan para desarrollar acciones sanitarias con el fin de mejorar la salud de la población. (p.9). Solís y Herrera (2011) mencionan que “uno de los roles del Estado es garantizar la salud de la población en su conjunto, dado que es un derecho básico de todo individuo”. (p.26).

Como hemos mencionado, el sistema de salud es un amplio concepto que sirve para comprender de mejor manera la organización y funcionamiento a nivel país, ya que este también delega funciones para el cumplimiento de sus objetivos.

3.1 Sistema de salud en Chile:

El sistema de salud en Chile, es un sistema mixto, lo que quiere decir que está sujeto a subsistemas o subdivisiones que se encargan de su funcionamiento. En este caso está compuesto mayoritariamente por un sector público y otro privado que ocupa un menor porcentaje, Becerril-Montekio, Reyes y Manuel (2011) describen nuestro sistema de la siguiente manera:

El sistema de salud chileno consta de dos sectores, público y privado. El primero cubre al 80% de la población. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales y el Sistema de Atención Primaria, cubren alrededor del 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante, son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público. (p.3).

Como se puede apreciar, el sector público es el que abarca el mayor porcentaje de prestaciones de la población, por lo que es de gran importancia conocer cómo funciona y quienes lo integran.

3.2 Descripción y conceptualización del sistema de Salud Público:

Al momento de profundizar en el concepto de salud a nivel nacional, es necesario abordar una de sus principales ramas, que es la salud pública, entendiéndola como un servicio al alcance de todos los ciudadanos. Ésta puede ser definida como “un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria” (Servicio Canario de Salud, 2018, p . 374).

Barragán, Moiso, Mestorino y Ojea (2007) coinciden con el concepto anterior, y añaden lo siguiente:

La Salud Pública estudia y se ocupa de la enfermedad y la salud de las poblaciones. A su vez, el estudio de la Epidemiología involucra, no solo el conocimiento del estado de salud-enfermedad de una comunidad, sino también de los recursos que tiene para asistirlo. (p.305).

Como vemos el sistema público de salud, mantiene una gran tarea por delante y nuestro país no queda exento de esto; es por esto que todos los profesionales que laboran en salud, deben conocer cómo funciona el sistema en el que se encuentran insertos, puesto que como mencionan los autores, la salud es un derecho y es deber de los profesionales de salud contribuir para que la salud de nuestro país sea la mejor, ya que un gran porcentaje de la población depende de este sistema.

3.3 Sistema de salud público en Chile:

El sistema de salud en el sector público chileno cubre el mayor porcentaje de la población del territorio nacional, por lo que requiere de una gran organización que dependen del Ministerio de Salud, el que desde su creación necesariamente ha debido someterse a constantes cambios para adaptarse a las necesidades que se generan con el tiempo.

Dentro del siglo XXI la situación de salud de los habitantes chilenos ha tomado un nuevo enfoque, pues las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental muestran un alza, a diferencia de la situación en este contexto en el siglo pasado, marcando una remanente de las enfermedades infecciosas que eran hasta ese entonces la principal afectación de los pobladores chilenos (Historia del Minsal, pp. 1-2). Son entonces, estos cambios en el tema de salud, los que han hecho que el Ministerio de Salud (MINSAL) adopte nuevas políticas en cuanto a su misión y visión actual.

En la actualidad, al referirnos a la labor o colaboración que presta el MINSAL (s.f) en nuestra organización de salud, se destaca lo siguiente:

- Misión: La misión institucional que el Ministerio de Salud se ha dado para este período, busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en la persona; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familia y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y deberes.
- Visión: La visión del Ministerio de Salud es la de que las personas, familias y comunidades tendrá una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo. Vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención de salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas. (Sección Misión y Visión del MINSAL, parr. 1-2).

3.4 Organización del sistema de Salud Público en Chile:

Como hemos mencionado, la organización del sistema de salud público, se rige por las políticas establecidas por el MINSAL, donde Solís et al (2011) destacan además la labor de los servicios de salud, los que articulan y gestionan el desarrollo de la red asistencial del territorio a cargo (p.33).

Referente a las redes asistenciales, los autores anteriormente mencionados especifican:

El concepto de red tiene aplicación no solo para las organizaciones responsables de la oferta de salud, sino también para la demanda,

expresada en las relaciones de las personas y de las comunidades a la cual pertenecen.

Por consiguiente, la atención en red es una estrategia de articulación e intercambio entre las instituciones que actualmente dependen de los Servicios de Salud y aquellos de la Atención Primaria. (p.35).

De este modo, la mayoría de los establecimientos de primer nivel (Atención Primaria de Salud) dependen de las comunas y los hospitales que están bajo la dirección de los Servicios de Salud, mientras que por otro lado, se encuentran clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias manejadas por personas o sociedades privadas. Además, describe en el sistema público chileno, la existencia de una amplia red de establecimientos públicos de diversa complejidad, compuesto por hospitales, consultorios (Centros de Salud Familiar) en áreas urbanas y rurales, entre otros. Estos establecimientos cuentan con el financiamiento de municipios y en otros casos, como los hospitales, son dirigidos por los Servicios de Salud de cada territorio o región.

4. Atención Primaria de Salud:

En el sistema de salud, se distinguen tradicionalmente cuatro niveles de atención; primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Vignolo et al. (2011) los definen como "una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población" (p.12)., siendo el primer nivel como hemos mencionado anteriormente, la puerta de entrada para los usuarios de la población. Este nivel se compone de diversos establecimientos, que poseen objetivos ligados a su nivel de complejidad, bajo orientaciones técnicas del MINSAL, las que son desarrolladas por los Departamentos de Salud Municipal (DESAM) y que tienen a cargo los establecimientos de cada comuna, organizando los recursos para que la red asistencial funcione según las necesidades de sus pobladores.

Bustamante, Castro, González, Labbé, Ramírez y Santibáñez (2016) destacan que estos establecimientos brindan una atención ambulatoria y para comprender esta red de atención describen labores que cada uno ejerce en este nivel, dentro de los cuales podemos destacar los siguientes:

- Centros de Salud (CES) Y Centros de Salud Familiar (CESFAM), estos mantienen una atención de tipo ambulatoria y se encargan principalmente de realizar acciones preventivas. Además de la atención de sus usuarios, el CESFAM está dirigido bajo un Modelo de Salud Integral con un enfoque familiar y comunitario. (p.17).
- Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), los que brindan atenciones básicas y dependen de los CESFAM, en caso que se requiera de acciones más especializadas para su población a cargo (p.17).
- Postas de Salud Rural (PSR), atiende población de sectores rurales. Cuando los problemas de salud no pueden ser resueltos por estas, deben ser derivadas a centros de mayor complejidad. (p.18).
- Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), insertos en los CESFAM, se encargan de las atenciones de urgencias/emergencias de la población a cargo, las que por el tipo de establecimiento son de menor complejidad (p.18).

Estos centros de atención se estructuran según población y complejidad de las atenciones, en el caso de los CESFAM, al ser el que maneja las atenciones de mayor complejidad, cuenta con mayor número y diversidad de profesionales.

4.1 Modelo de Atención Integral de Salud

Según el Ministerio de Salud (2012) el modelo de atención integral de salud se define como:

Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales (p.12-13).

Según el MINSAL (2012) estos principios se encuentran, centrados en las personas, la integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

1-Centrado en las personas:

Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, en las que se establece relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios. (p.14).

2-Integración de la atención:

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano.

Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables. (p15).

3-Continuidad del cuidado:

Desde una perspectiva del Sistema de Salud, se destacan tres aspectos:

Continuidad Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud (p.16).

Funcional: grado en que las funciones de apoyo como; una planificación estratégica, gestión de información y la mejora a la calidad se coordinan, a través de unidades del sistema, referidas al financiamiento, registro clínico y despacho de fármacos, entre otras. (p.17).

Profesional: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red (p.17).

Bajo la premisa de este modelo, los CESFAM se desempeñan tanto en promocionar la salud como atender las necesidades que de ésta se desligan.

5. Centros de Salud Familiar:

Son establecimientos que pertenecen al primer nivel de atención en salud, con orientación integral hacia las personas y sus familias a lo largo del ciclo vital.

Actualmente los distintos establecimientos de salud han desarrollado y ampliado sus políticas según las necesidades propias y de su población. Las estrategias de salud, no son los únicos cambios, pues los consultorios, como los conocíamos décadas atrás, también fueron foco de cambios estratégicos

para una mejor atención de sus usuarios, bajo el foco de atención al usuario, su familia y comunidad.

Según Depaux, Campodónico, Ringeling y Segovia (2008), el MINSAL destaca la transformación de los Centros de Salud a Centros de Salud Familiar (CESFAM) en la atención primaria, puesto que este cambio iba guiado al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

Parra (2005) menciona el modelo estratégico de funcionamiento de estos, haciendo referencia al paradigma biopsicosocial y la organización orientada particularmente a los usuarios y sus familias además de aquellos principios en que se rigen, describiendo los siguientes:

La Sectorización. Es la subdivisión de un área, de acuerdo a ciertos criterios, para obtener unidades geo-demográficas más pequeñas dentro la red asistencial, que presentan características semejantes lo que facilita su conocimiento y una relación más personal entre el equipo de salud y la población que allí habita.

Equipo de Salud Multidisciplinario. Corresponde al equipo de salud en su conjunto que asume la responsabilidad de la oportunidad y calidad de las atenciones de las familias que atiende, así como del impacto en salud de éstas.

Población a Cargo. El equipo de salud, identificado asume la responsabilidad por el cuidado de la salud de un número definido de personas que le son asignadas, beneficiarias del sector público.

Información al Usuario y Participación social. Las personas que sean beneficiarias del sistema reciben una comunicación a través de cartas personalizadas/ afiches / cartillas/ u otros medios 32 de comunicación, de parte del Centro de Salud Familiar en que se les informará la modalidad de atención y de quiénes asumen la co-responsabilidad por el cuidado de su salud (pp. 31-32).

A nivel comunal, las organizaciones municipales también tienen la labor de contribuir a la salud de sus habitantes. Según Depaux et al. (2008) “los municipios tienen como tarea ejercer el liderazgo en el desarrollo local integrado, velando por el logro de más y mejores oportunidades, que permitan un incremento en la calidad de vida de sus comunidades” (pp. 41-42).

En este contexto y en la región de los Ríos, la municipalidad de Valdivia, se encarga de contribuir al cumplimiento de las estrategias en salud, destacando lo siguiente:

La municipalidad de Valdivia tiene a su cargo 4 Centros de Salud Familiar: Dr. Jorge Sabat, Las Animas, Rural de Niebla y Angachilla. Se explicita que todos ellos tienen Convenios Asistenciales Académicos con los Centros de Educación Superior de la ciudad. Cada CESFAM municipal de Valdivia cuenta con un Servicio de Atención Primaria de Urgencias SAPU en horario vespertino y de fines de semana. (Salud Municipal de Valdivia (s/f), parr. 5).

Cabe destacar que el CESFAM externo de la ciudad, no se encuentra bajo las dependencias municipales, sino del Servicio de Salud de Valdivia.

5.1 El rol de los Profesionales en los Centros de Salud Familiar:

El equipo de salud en el ámbito comunitario, asume objetivos comunes, desarrollando actividades propias del primer nivel de atención. Esto se realiza desde una perspectiva interdisciplinaria, con énfasis en la prevención de la enfermedad, y promoción en salud. (Franco-Giraldo, 2015, p. 418).

El rol que cumplen los profesionales de Salud en los CESFAM es de suma importancia en cuanto a prevención, promoción e intervención en el usuario, además de funcionar como un equipo multidisciplinario, éstos trabajan de forma complementaria de modo que logren ofrecer distintos puntos de vista en

relación a una patología, y más aún al momento de derivar si es requerimiento de la atención usuaria.

Según la Corporación municipal de desarrollo social (CMDS) San Joaquín (2013) el rol de cada profesional de Salud que cumple en un CESFAM es el siguiente:

La CMDS de san Joaquín (2013) define el rol del Médico general como:

El acompañamiento y cuidado integral y continuo de la población (individuo, familia y comunidad) desde una perspectiva biopsicosocial. Integra y lidera equipos de trabajo, atendiendo a todos los miembros de la familia a lo largo de su ciclo vital y familiar en los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud (p.38).

La CMDS de san Joaquín (2013) orienta el rol de el/la Odontólogo/a como:

El aporte a la mantención, promoción y mejora de la salud oral de la población. Su labor contribuye a mejorar la salud integral de los usuarios, cobrando especial relevancia la labor educativa y la prevención (p.44).

La CMDS de san Joaquín (2013) define el rol de el/la Asistente Social como:

Un aporte desde su conocimiento amplio de las estructuras y procesos sociales al acompañamiento de los individuos, familias y comunidades desde una perspectiva sistémica e integradora, promoviendo el cambio social y la resolución de problemas en las relaciones humanas a través de la promoción, educación y participación en salud (p.55).

La CMDS de san Joaquín (2013) orienta el rol de el/la Enfermero/a:

A favorecer la gestión del cuidado desde una perspectiva integral, otorgando cuidados de enfermería a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, en niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, teniendo un rol preponderante en la coordinación de las acciones de salud (p.64).

La CMDS de san Joaquín (2013) define el rol de el/la kinesiólogo/a como:

La promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los usuarios durante el ciclo vital predominantemente en el área de la salud osteomuscular y respiratoria, aportando desde el ejercicio de su profesión, al bienestar de las personas, las familias y las comunidades (p.73).

La CMDS de san Joaquín (2013) define el rol de el/la Matron/a como:

Un aporte desde su especialidad a la prevención, cuidado y acompañamiento de usuarias/os a lo largo de su ciclo vital. Su función se orienta a entregar atención profesional predominantemente en el área de la salud sexual y reproductiva, lo que en conjunto con el accionar del resto del equipo, impacta de forma positiva en la calidad de vida de la población (p.82).

Según la CMDS de san Joaquín (2013) el /la Psicólogo/a:

Cobra relevancia en la mirada integral y sistémica de la atención que brinda en el ámbito de su competencia. Su función se orienta a entregar atención profesional en el área de la salud mental, con una mirada clínica y comunitaria, aportando a la prevención y recuperación de esta, acompañando a los individuos en sus procesos para así contribuir al desarrollo integral de la persona (p.91).

La CMDS de san Joaquín (2013) el/la Terapeuta Ocupacional, es un profesional:

Que aporta en la construcción de intervenciones basadas en las Ciencias de la Ocupación Humana, favoreciendo el bienestar de las personas. Forma parte de un equipo de salud y tiene una mirada integral del usuario a lo largo del ciclo vital, se relaciona con la comunidad educando en aquellos aspectos que son de su competencia, para generar un impacto en la salud de las personas y su calidad de vida (p.99).

El rol de los personajes descritos son los que se conocen mayoritariamente, pues se encuentran insertos en Atención Primaria desde hace muchos años; pero otros profesionales como educadores de párvulo, educadores diferenciales y especialmente fonoaudiólogos, por ser profesionales que se encuentran formando hace pocos años este equipo, no es muy conocida su labor, dificultando el conocimiento detallado de las funciones que cumplen dentro del equipo de salud que integran.

5.2 Rol del profesional fonoaudiólogo en los Centros de Salud Familiar

Dentro de los distintos niveles de atención del sistema de salud, es en la atención primaria donde las labores ejercidas por el fonoaudiólogo son un tanto desconocidas, por lo que en la actualidad han comenzado a generar mayor interés, dándose a conocer de manera paulatina por los usuarios y demás profesionales que integran el equipo de salud.

Según Duarte, Peña y Piragua (2007) el fonoaudiólogo es un profesional capaz de aportar los “conocimientos necesarios para diseñar, desarrollar programas y proyectos que permitan mejorar el estilo de vida de la comunidad, disminuyendo los riesgos que puedan afectar su salud comunicativa” (p.174)

Por otro lado, Vega, Torres y Rivas (2017) realizaron una investigación en la cual buscaban conocer la percepción de diversos fonoaudiólogos sobre las habilidades y tareas profesionales demandadas en el sector salud dentro del contexto nacional, y de este modo, proponer cuál es su rol profesional en dicho ámbito laboral. Finalmente, lograron recabar dentro de las responsabilidades profesionales más demandadas, la evaluación, intervención, derivación y colaboración con otros profesionales, teniendo menor importancia en estos casos, las acciones de prevención de salud, lo cual cambiaría radicalmente si se incluyera al fonoaudiólogo en el nivel primario de atención, en el cual podría realizar prevención de desórdenes de la comunicación, promoción y además prestar atención especializada.

Según Vega et al. (2013) dentro del rol del fonoaudiólogo en el ámbito laboral en el sector de salud, se abarcan:

Labores de prevención, promoción y tamizaje en pro de la calidad de vida de los usuarios, promoviendo prácticas de vida saludable y fomentando la prevención de otros trastornos de la comunicación. Dentro del quehacer se evidencia una alta capacidad de gestión, siguiendo lineamientos de las instituciones de salud, proporcionando atención de forma oportuna y consistente en el tiempo, cumpliendo con la normativa legal vigente. (p.80).

Dentro de las acciones de promoción fonoaudiológicas, señaladas por Duarte et al., (2007) entendiendo la promoción como el fomento de un estilo de vida saludable a través de la información y educación sanitaria, se encuentran:

- Estimular para el adecuado desarrollo del lenguaje de los niños.
- Fomentar el autocuidado de la salud auditiva.
- Crear estrategias que optimicen el desempeño de la función vocal.
- Estimular tempranamente estilos de vida saludable para disminuir la presencia de desórdenes comunicativos por circunstancias que se puedan prevenir.
- Mantener las habilidades comunicativas en el adulto mayor. (p.176)

Por otro lado, Duarte et al. (2007), señala que el fonoaudiólogo también realiza una labor preventiva en el primer nivel de atención en salud, entendiendo ésta como “la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológico del ambiente y comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue o genere secuelas evitables” (p.176), dentro de las acciones propuestas por los autores, se encuentran:

- Determinar posibles pérdidas auditivas.
- Detectar tempranamente alteraciones del desarrollo auditivo.

- Efectuar una evaluación no formal de la voz. (p.177).

5.3 Participación del fonoaudiólogo en el nivel primario de atención:

Las exigencias de las actuales políticas de salud, donde se describe la participación del profesional en los diversos niveles de atención, son las Guías Explícitas en Salud (GES). Estas tienen su origen en mandato del ex presidente Ricardo Lagos en el año 2002, donde a través de una base legal, se busca establecer un plan de salud obligatorio tanto en el sector público como privado para el diagnóstico y tratamiento de patologías de gran impacto social y sanitario en Chile.

El MINSAL, en el 2014 crea un manual metodológico para el desarrollo de las Guías Prácticas Clínicas, donde “en el contexto de lo establecido en la Ley N° 19.9662 el Ministerio de Salud ha estado elaborando y publicado en los últimos años Guías Clínicas GES. Las que corresponden a cada uno de los problemas de salud que son objeto de garantías explícitas”. (p. 8)

A través de lo anteriormente descrito, existen en la actualidad una serie de Guías de Prácticas Clínicas (GPC) que cuentan con recomendaciones específicas para cada patología inserta en el GES, las que están dirigidas a los profesionales de salud que integran los grupos a cargo de cada caso. Dentro de los profesionales que integran las guías, se encuentra el fonoaudiólogo, quien mantiene una participación activa competente a las áreas y conocimientos que maneja como profesional.

En los CESFAM se encuentran los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), que se basan en el fortalecimiento de la red de rehabilitación nacional, el cual trabaja con aquellos usuarios adultos en situación de discapacidad, familias y comunidades, en los Centros de Salud de cada territorio al que pertenece. A su vez mantiene convenios con los servicios de salud, hospitales,

entre otros para formar acciones en relación al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. (Banco Integrado de Programas Sociales, (s.f).).

Tapia, Espinoza, Herrera y Venegas (2016) “el modelo de atención biopsicosocial, descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMG), considera que una situación de salud resulta de la relación persona y entorno” (p.2).

Considerando lo anteriormente descrito, esto se aplica en los CCRs, donde el funcionamiento y los profesionales que integran este grupo de trabajo, dependerá de los Centros de Salud familiar, en específico de la relación profesional-comunidad, de forma general, la municipalidad de La Pintana describe su funcionamiento según las políticas de su comuna e institución.

Los beneficiarios son personas en situación de discapacidad física leve o moderada producto de enfermedades de origen neurológico como Accidente Cerebrovascular, Parkinson, entre otras y enfermedades de origen osteomuscular como Artrosis, Lumbago, Hombro Doloroso y Gonalgia (dolor en la articulación de la rodilla por cualquier causa). Se realizan intervenciones integrales de Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Trabajo Social, facilitando la participación de la familia y la comunidad. (Centro Comunitario de Rehabilitación, parr. 3-4).

Tapia et al., (2016) en su investigación acerca de la caracterización de fonoaudiólogos insertos en CCR, mencionan el rol de este como un profesional guía, tanto de los usuarios como de sus familias, además de ser un miembro del equipo interdisciplinario que trabaja para la rehabilitación del usuario, que mantiene conocimiento de la inclusión de social dentro de la comunidad como lo mantienen los demás profesionales del equipo (p.1).

Como podemos ver, los fonoaudiólogos están capacitados e integrados en diversos programas a nivel primario, desarrollando su labor dentro de las políticas establecidas y desarrolladas por el país. Esto concuerda con las

prácticas ejercidas en las guías GES, dentro de las cuales podemos mencionar la labor fonoaudiológica:

5.3.1 Guía clínica Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más

Según el MINSAL (2013), se describe la labor fonoaudiológica en el tamizaje de la deglución, que es una de las alteraciones frecuentes posteriores a un evento cerebrovascular, además de realizar las posteriores terapias en caso necesario.

El área de la comunicación, el fonoaudiólogo estará a cargo de la evaluación y tratamiento de las alteraciones comunicativas como: disartrias, afasias y apraxias del habla.

Por último, las alteraciones cognitivas y ejecutivas presentes en estos usuarios, son otro punto importante donde los profesionales pueden aportar durante la rehabilitación, cumpliendo así, con el objetivo descrito en la guía, el que destaca:

La rehabilitación cognitiva está orientada a: a) reforzar, fortalecer o restablecer patrones de conducta aprendidos. b) establecer nuevos patrones de actividades cognitivas a través de mecanismos cognitivos compensatorios, c) establecer nuevos patrones de actividades a través de mecanismos compensatorios externos, tal como estructuración ambiental. (p. 64).

5.3.2 Guía Clínica de fisura Labio-Palatina:

Según el MINSAL (2009) en nuestro país, esta alteración mantiene un abordaje multidisciplinario, requiriendo de un amplio equipo de salud que acompañe al niño y la madre desde el momento de la gestación, además cabe destacar que la guía separa esta afectación en Fisura Labial y Fisura Palatina, donde la labor del fonoaudiólogo se especifica según diversas edades y etapas establecidas para cada intervención y tratamiento. (p.18).

5.3.3 Guía clínica Enfermedad de Parkinson:

Según el MINSAL (2010) la rehabilitación de los enfermos de Parkinson, esta compromete a un amplio grupo de profesionales en APS, donde compromete entre algunas cosas programas para el usuario y familia, donde se entrega supervisión médica, apoyo multidisciplinario, Centros de Rehabilitación Comunitaria, entre otros. (pág.26)

El profesional fonoaudiólogo se encarga de las alteraciones del habla, deglución y lenguaje durante el curso de la enfermedad y en distintos grados de severidad. La atención del profesional incluirá tanto prevención en etapas iniciales como rehabilitación en fases más avanzadas según cada caso. (pag. 28-30).

Así como rehabilitación de usuarios adultos, el fonoaudiólogo participa en la atención de la población más joven dentro del ciclo vital, es así como los CESFAM mantienen programas enfocados en estos a través del programa Chile Crece Contigo, el cual se destaca a continuación.

5.3.4 Guía de hipoacusia bilateral en mayores de 65 años y tratamiento de hipoacusia en menores de 2 años:

Según el MINSAL (2013)

“La causa más frecuente de hipoacusia en el mayor de 65 años es la pérdida auditiva relacionada con la edad, la cual recibe el nombre de presbiacusia”. (p.11).

Dentro de los usuarios a quienes va dirigida esta guía, se menciona el profesional fonoaudiólogo, el que por sus conocimientos y competencias está capacitado para realizar tamizaje a través de screening auditivos, confirmación diagnóstica con audiometría tonal, logaudiometría, pruebas supraliminales, entre otras y la rehabilitación auditiva de los usuarios implementados con audífonos, determinados dentro de los objetivos de la guía.

Dentro de las alteraciones auditivas, pero en el otro extremo del ciclo vital, el MINSAL (2013) general una guía para el tratamiento de hipoacusias en menores de 2 años, orientando a los profesionales para detección, diagnóstico de usuarios con discapacidad y habilitación auditiva de origen congénito. Es en este último punto donde se menciona al profesional fonoaudiólogo en lo siguiente:

“Si bien el objetivo inicial es la comunicación oral en la gran mayoría de los casos, se debe tener presente que existirá un grupo que requerirá entrenamiento en otras estrategias de comunicación”. (p.19).

Es en este ámbito que el desempeño fonoaudiológico tendrá gran relevancia pues la audición es primordial para el desarrollo del lenguaje y la comunicación desde el comienzo del ciclo vital, desarrollando a través de la audición, la base para la comunicación de los menores.

Continuando con el desarrollo a nivel comunicativo, los CESFAM, implementan dentro de sus programas, el Chile Crece Contigo, que acompaña a los padres desde el momento de la gestación y preparándolos para el cuidado del nuevo integrante de la familia.

5.3.5 Programa Chile Crece contigo:

El programa Chile Crece Contigo (ChCC), es un programa gubernamental, el que está instaurado en la APS, orientado a la atención principalmente de la primera infancia. De esta manera se pueden intervenir los riesgos de la población infantil de manera oportuna y temprana.

González, M. (2014), desarrolla un trabajo orientado a conocer las políticas y componentes de este programa específicamente, donde destaca la política social en donde enmarca el desarrollo del ChCC, como un intento de compensar las desigualdades de las poblaciones más vulnerables del país (p.10).

En cuanto a lo anteriormente dicho, González, hace referencia al momento y forma en que comienza la gestación del programa, mencionando:

La Ex Presidenta de la República, Michelle Bachelet en abril del 2006 convocó a un grupo de 14 profesionales de diversas disciplinas y orientaciones políticas, para promover una política de infancia: el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de Políticas de Infancia y con ello finalmente la creación de Chile Crece Contigo, que nace con la finalidad de articular prestaciones integrales, que acompañan la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas durante su primera infancia. La misión del consejo fue identificar y formular planes y programas para establecer un sistema de protección de la infancia; este consejo elaboró un diagnóstico de la situación que vivía en la población vulnerable y de las insuficiencias que existían en el ámbito de protección de los derechos de los niños y niñas de nuestro país, se hicieron propuestas para implantar una política pública en esta área sumándole múltiples componentes para su completo funcionamiento y de gran alcance para la protección de los primeros años de vida de los infantes (pp 13-14)

Como programa de gobierno, se coordina por el Ministerio del Desarrollo Social, ofreciendo programas y servicios adecuados a las necesidades de los niños, familia y comunidad.

El profesional fonoaudiólogo, se encuentra integrando en los programas que este servicio ofrece, trabajando principalmente con la población infantil.

ChCC, cuenta con una plataforma virtual donde da a conocer cada programa que integra su sistema de atención, partiendo por el PADBP (programa de eje o puerta de entrada al subsistema), cuyo objetivo es “desplegar el seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas en su primera infancia” (programa PADBP, parr 1). Además se encuentra el PARN (Programa de apoyo al Recién Nacido) el que busca que todos los niños cuenten con

adecuadas condiciones de crecimiento, entregando materiales a los padres o cuidadores al momento del alta hospitalaria (programa PARN, parr 1-2). Este último cuenta con la implementación de salas de estimulación con la acción de fortalecer el desarrollo infantil y velar para que este sea adecuado a lo establecido, interviniendo en los déficit presentes en los niños en el caso que existieran y estimulando el desarrollo en la primera infancia. Es en este contexto, que el fonoaudiólogo desempeña su labor, trabajando de manera ambulatoria con niños que sean diagnosticados principalmente con algún déficit en el desarrollo psicomotor en relación a su edad cronológica, además de talleres para potenciar las áreas del lenguaje, dirigido principalmente a los padres, colaborando además, en conjunto con otros profesionales como la educadora de párvulo u otros, que integran este programa.

Como ya hemos mencionado, la participación del fonoaudiólogo en algunos de los programas insertos en APS es escasa, por ende dificulta a los demás integrantes del equipo de salud para poder vincularlo con sus áreas de competencia ya sea por los signos o motivos que requieran derivación a otros profesionales especializados y por la poca información que se tiene sobre la labor fonoaudiológica en atención primaria y sean otros quien realicen las intervenciones que son competencia exclusiva del fonoaudiólogo.

6. Definición de signo y motivo en el área de la salud:

Al ser la fonoaudiología una disciplina involucrada tanto en rehabilitación, promoción como prevención de trastornos dentro de sus distintas áreas, el fonoaudiólogo al igual que el resto de los profesionales de la salud, para evaluar, diagnosticar y realizar la posterior habilitación o rehabilitación, necesita basarse en una serie de signos y síntomas referidos u observados en el usuario.

Cuando hacemos referencia a los signos en el área de salud, ya sea en el área fonoaudiológica o de cualquier otra especialidad, debemos hablar en un lenguaje universal, que nos haga comprender a que se refiere un determinado

especialista cuando habla de alguna determina signología y esa referencia u observación sea comprendida sin tener mayor complejidad. Es así como comprendemos al signo como algo subjetivo, o sea, observable para el profesional.

Fernández (2000) describe al signo como “La manifestación física u objetiva que provoca la enfermedad. Es decir, nosotros podemos objetivar, valorar las alteraciones que algo está provocando en determinada persona. Simplemente la observación nos indica que algo ocurre al enfermo” (p 29).

Como ya hemos hablado, es de vital importancia en el ámbito de salud, que todos los profesionales reconozcan los signos en el paciente con un lenguaje universal, no solo en su quehacer laboral, sino también en las demás áreas de atención de sus respectivos centros de atención, pues existen algunos signos que por no ser reconocidos de manera correcta nos pueden llevar a cometer errores a la hora de la derivación e incluso en el mismo diagnóstico de los usuarios.

En la fonoaudiología hay signos claves que nos guían hacia diagnósticos certeros, por ejemplo, en el caso de los niños, que es una población con gran número de derivaciones en la atención primaria, al observar que este tiene dificultades al hablar, no pronuncia palabras cuando ya debería hacerlo, o tiene dificultades al deglutir, son signos que a otros profesionales pueden dar una clara advertencia para la derivación al área fonoaudiológica. De igual forma, en el caso de la población adulto mayor, podemos agregar signos como dificultad al escuchar, o problemas a la hora de realizar tareas de atención y memoria. Estas son descripciones que guían hacia diagnósticos correspondientes y lineamientos terapéuticos a seguir, pero muchas veces estos mismos, pueden hacer que otros profesionales deriven equívocamente por no conocer con exactitud la gama de prestaciones o labores ejercidas por el profesional fonoaudiólogo.

Siguiendo el mismo contexto, entendemos como motivo la causa o problemática que refieren los usuarios a los profesionales de salud al asistir en búsqueda de una mejoría en su proceso de salud-enfermedad.

Muñoz y Novoa (2012) mencionan que “los motivos de consulta implican la demanda que hacen los consultantes acerca de problemas que ellos perciben en su vida diaria. (p.25). En base a estos, el profesional al cual asiste el usuario, encargado de proporcionar la atención en salud, en búsqueda de ofrecer una atención integral, puede remitirlo a otro profesional para otorgar una atención complementaria.

7. Derivaciones e interconsultas:

Según Rojas (2015) “las derivaciones son el acceso desde la atención primaria, es decir, el primer nivel asistencial, a la atención especializada, por lo que en este caso el médico de la atención primaria, derivará a un especialista al exceder el problema su capacidad de resolución”. (p.36)

Las redes de salud funcionan a través de un sistema de comunicación, donde todo usuario que desee ser atendido y/o derivado a otro profesional especializado desde un área debe seguir un conducto regular.

A continuación, se describirán brevemente dos conceptos básicos según Minsal (2017) de esta red de salud:

Sistema de referencia y contrarreferencia:

Corresponden a aquellas “actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud” (p.46).

1- Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio (p.46).

2- Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada (p.46).

En este último concepto de contrarreferencia se pueden encontrar dos elementos:

1.-Respuesta a la Interconsulta: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento. (p.46).

2.-Contrarreferencia propiamente tal: El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido. (p.47).

Como hemos revisado en este capítulo, el primer nivel de atención chileno mantiene una articulación bastante clara y delimitada en cuanto a los objetivos y tareas establecidas, con número importante de profesionales que colaboran en el cumplimiento de las políticas que el MINSAL establece para el cumplimiento de sus políticas en salud. El fonoaudiólogo forma parte del equipo de salud, que compromete sus actitudes profesionales para contribuir en la calidad de la

atención de sus usuarios. Mantener esta calidad, depende también del conocimiento de las labores que ejerce cada miembro del equipo, ya que de esta manera se aseguran de manera efectiva las derivaciones en los casos que corresponda, conocer los signos y motivos por los cuales los profesionales de los CESFAM derivan al fonoaudiólogo nos entregará la visión y conocimiento que estos mantienen acerca de sus labores y mantendrá una claridad con respecto a las redes de derivación y de esta manera las prestaciones de salud realizadas en torno al fonoaudiólogo serán cada vez más claras y establecidas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.

METODOLOGÍA:

1. Tipo y diseño de la investigación:

Enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, de tipo descriptivo y corte transversal.

2. Población:

Todos los profesionales que ejercen en los Centros de Salud Familiar en la Región de los Ríos en el año 2018.

3. Muestra:

Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo una muestra de 50 profesionales que ejercen en salud en los CESFAM Jorge Sabat y Belarmina Paredes de la Región de los Ríos.

4. Criterios de exclusión:

Todos aquellos profesionales de la salud que ejercen en CESFAM y nunca hayan realizado derivaciones al fonoaudiólogo.

5. Proceso de validación:

5.1 Aprobación del proyecto de investigación:

Antes de iniciar la recolección de datos, el proyecto de investigación se somete a revisión por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Valdivia, a través de una comitiva especializada en los temas de investigación. Luego posterior al tiempo establecido para la revisión y a la recolección de documentos necesarios, se aprueba el proyecto y el instrumento de investigación, el cual luego de la aceptación por parte del Comité de Ética, se somete al proceso de validación.

5.2 Validación del instrumento de recolección de datos:

El instrumento de recolección de datos, corresponde a un cuestionario creado por las investigadoras, cuyo objetivo es dar a conocer los principales signos y motivos por los que derivan al fonoaudiólogo los profesionales que se desempeñan en el área de salud en los Centros de Salud Familiar.

El cuestionario es validado por 5 profesionales del área de la salud que no conforman parte de la muestra y trabajan en CESFAM o presentan conocimiento respecto a proyectos de investigación. El conjunto de expertos está conformado por 3 fonoaudiólogos, uno de ellos de la ciudad de Valdivia, docente de la Universidad San Sebastián del área de adulto; otro docente del área de voz de la Universidad San Sebastián y fonoaudiólogo del CESFAM de Panguipulli, y la última fonoaudióloga del CESFAM de Paillaco. Por otro lado, conforman parte del grupo una Kinesióloga docente de la Universidad San Sebastián, una enfermera que ejerce en el CESFAM de Panguipulli y una nutricionista dedicada a la atención de adolescentes del CESFAM de Quellón.

5.3. Instrumento de recolección de datos:

El cuestionario, está compuesto por 50 preguntas, cuyo formato de respuesta es cerrado, con categorías de respuesta de si, no y no observado.

Las preguntas se encuentran dirigidas a todos los profesionales que ejercen en los Centros de Salud Familiar y que han derivado o derivan al fonoaudiólogo.

El primer apartado del cuestionario se encuentra compuesto por 4 preguntas que buscan dar a conocer generalidades respecto de las derivaciones realizadas al fonoaudiólogo. Los 3 apartados siguientes, se encuentran distribuidos por edades, siendo estos: infantil, adolescente y adulto, y en ellos se plantean preguntas referentes a diversos signos y motivos de derivación, por lo que cada profesional debe seleccionar los apartados según la población que atiende. En caso de que alguno de estos signos o motivos aún no hayan sido observados por ellos, se encuentra un apartado de “N.O” (no observado).

6. Procedimiento de recolección de datos:

Previo a iniciar el proceso de recolección de datos se envía por correo electrónico a los directores de cada CESFAM de la Región de los Ríos seleccionado por las investigadoras, una invitación para formar parte de la investigación, detallándoles el objetivo de ésta, e información relevante, solicitando además una reunión formal en caso de aceptar participar de ella.

Una vez aceptada la solicitud se coordina una reunión con la persona a cargo asistiendo a ambos CESFAM, y luego de ser concretado, se inicia la recolección de datos.

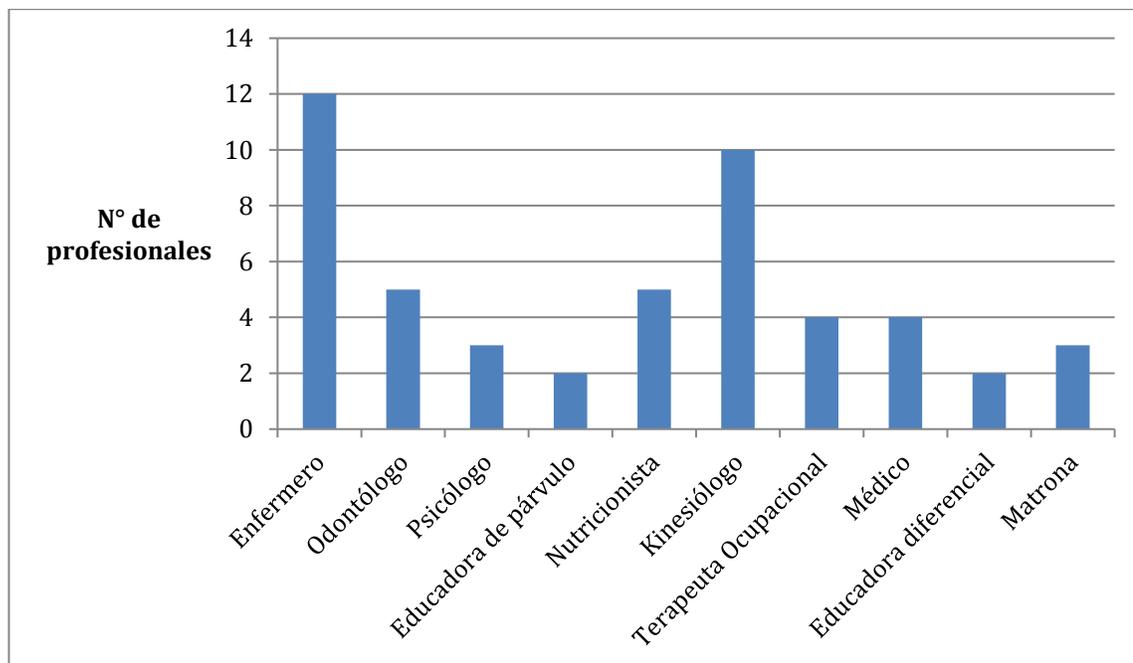
Las investigadoras asisten a cada CESFAM a entregar a los distintos profesionales el consentimiento informado, explicándoles previamente el objetivo de la investigación y la importancia de su participación. Posteriormente se les hace entrega del cuestionario, otorgándoles un tiempo aproximado de 10-15 minutos para contestar.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

RESULTADOS:

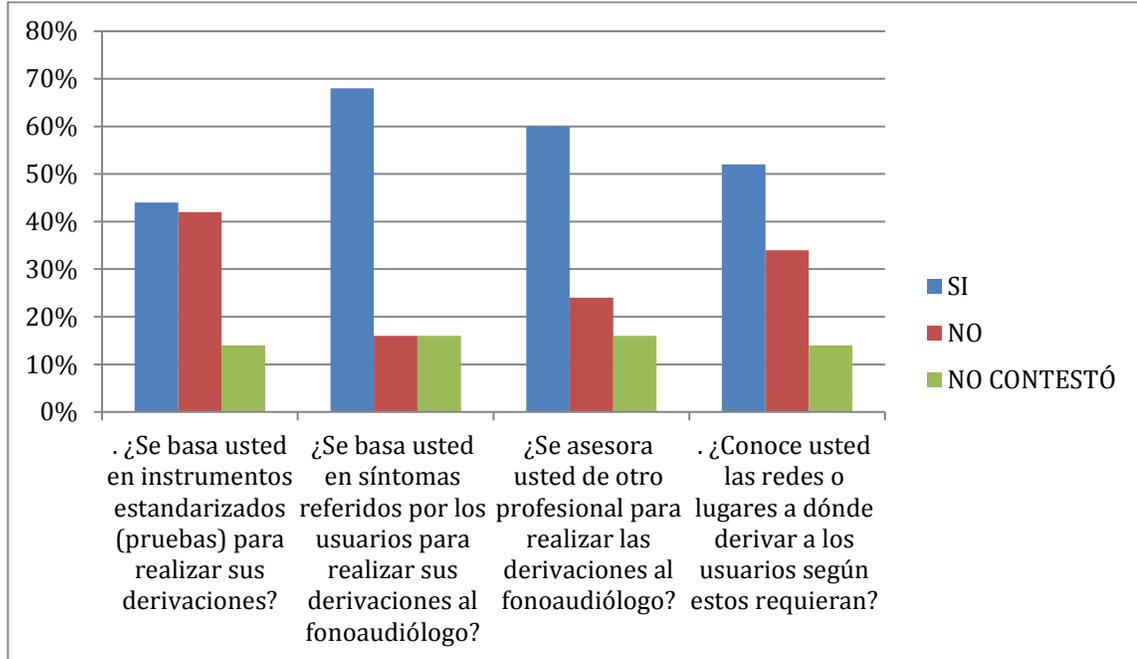
Los siguientes resultados obtenidos a partir de un cuestionario auto administrado son analizados a través del programa estadístico IBM SPSS versión 19 y Microsoft Excel, versión 2010.

GRÁFICO N° 1. Distribución de la muestra según profesión.



En el gráfico N°1 se evidencia que el total de la muestra está compuesta por 50 profesionales que ejercen en salud, específicamente: enfermeros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, médicos, matronas, educadores diferenciales y educadores de párvulos. Si bien, estos últimos no se encuentran dentro de los profesionales del área de salud, son integrados dentro de la muestra ya que componen el equipo de salud en atención primaria.

GRÁFICO N°2. Preguntas generales de investigación.



Como se evidencia en los porcentajes obtenidos de la primera pregunta, el 44% de los profesionales de salud se basa en instrumentos estandarizados para realizar sus derivaciones al fonoaudiólogo, mientras que un 42% de la muestra total no lo hace.

En lo que concierne a los síntomas referidos por los usuarios, para un alto porcentaje de los profesionales, específicamente un 68% de ellos, es un indicativo relevante a la hora de realizar sus derivaciones.

Respecto al porcentaje de asesoramiento por parte de otros profesionales, se evidencia que un 60% de la muestra se asesora de otro profesional a la hora de derivar al fonoaudiólogo, mientras que un 24% de ellos no requiere de asesoramiento para derivar.

En relación al conocimiento respecto a las redes de derivación, más de la mitad de la muestra indicó estar al tanto de ellas, mientras que un 34% de los profesionales señaló no conocer las redes a la hora de derivar a los usuarios al fonoaudiólogo.

TABLA N°1. Signos de derivación al fonoaudiólogo en población infantil.

Signos	Profesionales que derivan	Profesionales que no derivan	Profesionales que no han observado	Profesionales que no contestaron
Retraso en la adquisición del habla	89%	5%	5%	2%
A los 2 aún no se comunica mediante lenguaje oral	82%	11%	7%	0%
Diagnóstico médico que afecte su comunicación con el medio	77%	14%	7%	2%
Dificultad para escuchar cuando le hablan y esto es corroborado en su atención	71%	18%	11%	0%
Disfonía crónica	64%	14%	18%	4%
Tratamiento de ortodoncia interceptiva (OPI) y presenta consecuentemente dificultades en funciones tales como: habla o deglución.	55%	20%	25%	0%
Retraso a nivel del desarrollo psicomotor	52%	39%	9%	0%
Menores de 1 año para programas de estimulación de lenguaje	52%	32%	14%	2%
Respira por boca	48%	32%	20%	0%
Recién nacido que presenta dificultades en la succión	48%	32%	18%	2%
No se encuentra atento a lo que Ud le indica a lo largo de la consulta.	39%	48%	13%	0%
Niño/a de 3 años durante su consulta no muestra: interés por comunicarse, no le llaman la atención los estímulos presentes en el box ni mira a los ojos.	39%	43%	18%	0%
De 2 años o más mantiene el uso de chupete	34%	52%	12%	2%
Después de los 2 años presenta succión digital o se introduce algún objeto para succionar constantemente en la boca.	34%	55%	11%	0%
Uso de mamadera sobre los 2 años	27%	59%	14%	0%
Alteración sensorial táctil	14%	64%	18%	4%

La tabla precedente muestra en orden descendente los porcentajes de los signos por los cuales los profesionales que ejercen en atención primaria derivan a lactantes y niños de 0 a 11 años al fonoaudiólogo. Los signos que presentan mayores porcentajes de derivaciones por parte de los profesionales son aquellos que se relacionan con el área del lenguaje, de forma más específica un

89% del total de profesionales que derivan lo realizan al percibir en la población infantil un retraso en la adquisición del lenguaje, mientras que un 82% de ellos lo realizan en casos más específicos en menores de 2 años que aún no logran una comunicación mediante el lenguaje oral.

La segunda área que genera un alto porcentaje de derivación al fonoaudiólogo es la de audición, en la cual se evidencia que un 77% del total de profesionales derivan para una evaluación fonoaudiológica a menores que presentan dificultades para escuchar cuando le hablan.

En el ámbito vocal, un 64% del total de profesionales, derivan a menores en los cuales se presenta disfonía por un periodo de tiempo mayor a 3 meses.

Por otro lado, se obtuvo que menos del 50% de los profesionales realiza derivaciones ante afectación en alguna de las funciones del sistema estomatognático, como lo es en el caso de los respiradores orales, obteniendo sólo un 48% de derivaciones, mientras que el 32% de los profesionales que perciben este signo en los menores no están realizando la derivación pertinente. Por otro lado, se obtiene un porcentaje de derivación similar ante recién nacidos que presentan dificultades en la succión, ante el cual sólo un 48% de los profesionales derivan al fonoaudiólogo. De forma más específica, pero con un mayor porcentaje de derivación se encuentran aquellos casos de menores con OPI que presentan dificultades en el habla o deglución, con un 55% de derivaciones para evaluación e intervención fonoaudiológica.

Dentro de los signos relacionados con la afectación en la comunicación en los menores, se observan porcentajes divididos de profesionales que derivan. Ante diagnósticos médicos de base que afecten la comunicación del menor con el medio se obtiene un 77% de derivación por parte de los profesionales para evaluación fonoaudiológica, mientras que ante menores que no muestran interés por comunicarse durante la consulta, ni miran a los ojos del interlocutor se obtiene sólo un 39% de derivación.

Los porcentajes más bajos se obtuvieron en las derivaciones ante malos hábitos orales, como lo son: el uso sostenido de chupete, succión digital o mamadera sobre los 2 años, con un 34%, 34% y 27% respectivamente de profesionales que derivan, dentro de los cuales más de la mitad, específicamente un 52%, 55% y un 59% no derivan al presentarse estos casos.

En el caso de la pregunta distractora de menores que presentan afectación a nivel sensorial táctil, se obtuvo un 14% de derivaciones por parte de los profesionales, probablemente porque lo relacionan a trastornos de la comunicación como en el caso del Trastorno de Espectro Autista en el cual se ve afectada esta esfera.

TABLA N°2. Motivos de derivación al fonoaudiólogo en población infantil.

Motivos	Profesionales que derivan	Profesionales que no derivan	Profesionales que no han observado	Profesionales que no contestaron
Dificultades para escuchar.	71%	18%	11%	0%
Recién nacido que presentó examen auditivo alterado.	68%	14%	18%	0%
Respira por boca.	52%	39%	9%	0%
Al alimentarse empuja con la lengua los alimentos hacia afuera, de modo que estos salen de la boca.	48%	27%	25%	0%
Dificultades para realizar cambios de consistencias en su alimentación	32%	41%	25%	2%

En la tabla N°2 se encuentran los motivos, de tipo no observables por el profesional dentro de la consulta, por los cuales se suelen realizar derivaciones al fonoaudiólogo.

El motivo más frecuente, con un 71% de derivación por parte de los profesionales para evaluación fonoaudiológica es aquel donde los padres refieren que sus hijos presentan dificultades para escuchar cuando les hablan. Continuando con el área de audición, otro motivo que se observó con un alto porcentaje de derivación es aquel en que los menores presentan resultados

alterados en algún examen auditivo, como pueden ser los potenciales evocados, emisiones otoacústicas o audiometrías, dentro de los cuales un 68% de profesionales derivan para complementar la evaluación y/o iniciar una intervención.

Al igual que en los signos en la población infantil, se evidencia que a nivel de las funciones del sistema estomatognático los porcentajes de derivación son bajos. Un 52% de los profesionales derivan para evaluación fonoaudiológica cuando los padres de los menores refieren que éstos tienden a respirar por boca, mientras que menos de la mitad deriva ante afectaciones en la alimentación, más específicamente un 48% de los profesionales deriva a los menores a evaluación fonoaudiológica cuando los padres refieren signos de deglución atípica como la propulsión del alimento con la lengua al momento de masticar y/o deglutir, y sólo un 32% de ellos deriva para evaluación a menores que presentan dificultades para lograr el cambio de consistencia en la alimentación.

TABLA N°3. Signos de derivación al fonoaudiólogo en población adolescente.

Signos	Profesionales que derivan	Profesionales que no derivan	Profesionales que no han observado	Profesionales que no contestaron
Tartamudez	79%	6%	12%	3%
Pronuncia mal un fonema (por ejemplo, que le cueste decir un sonido como: la "R").	76%	9%	15%	0%
Alteración en la intensidad (volumen) de su voz.	62%	26%	12%	0%
Disfonía crónica	56%	26%	15%	3%
Respira por boca	38%	44%	17%	0%
Mantiene una voz infantilizada (aún no realiza una muda vocal) a los 18 años.	35%	35%	26%	3%
Habla muy rápido.	24%	62%	12%	3%
Dificultades para mantener su atención o concentrarse	15%	70%	12%	3%

La tabla N°3 indica los signos de derivación al fonoaudiólogo en población adolescente por parte de los profesionales del área de la salud de los centros de atención primaria.

En primer lugar se encuentra con un 79% de derivación por parte de los profesionales a aquellos usuarios con afectaciones en la fluidez del habla, más específicamente tartamudez, mientras que sólo el 6% de los profesionales no lo consideran un signo de derivación.

Seguido se observa con un alto porcentaje de derivación, más específicamente con un 76% a aquellos adolescentes que presentan inconsistencias articulatorias o ausencia de determinados fonos.

Las afectaciones en la calidad vocal de la población adolescente siguen a nivel de porcentaje a aquellos relacionados con el habla. En este caso, un 62% de los profesionales suelen derivar a los usuarios a fonoaudiólogo al presentar alteración en la intensidad de la voz, mientras que sólo un 56% de ellos deriva a adolescentes que han presentado disfonía por un periodo de tiempo mayor a 3 meses para complementar la evaluación e iniciar intervención fonoaudiológica. Por otro lado, estos porcentajes de derivación disminuyen a un 35% ante usuarios que a los 18 años aún no han logrado realizar un cambio en su tono vocal.

TABLA N°4. Motivos de derivación al fonoaudiólogo en población adolescente.

Motivo	Profesionales que derivan	Profesionales que no derivan	Profesionales que no han observado	Profesionales que no contestaron
Dificultades en los estudios, asociados a alteraciones cognitivas (por ejemplo, quejas relacionadas con su memoria, funciones ejecutivas o lenguaje).	20%	59%	17%	3%

En la población adolescente sólo se encuentra un motivo significativo de derivación al fonoaudiólogo, relacionado principalmente con las habilidades cognitivas en adolescentes que presentan dificultades en los estudios y que puedan asociarse a afectaciones, como: quejas relacionadas con las funciones ejecutivas o el lenguaje, encontrándose con un 20% de derivaciones por parte de los profesionales

TABLA N°5. Signos de derivación al fonoaudiólogo en población adulta.

Signos	Profesionales que derivan	Profesionales que no derivan	Profesionales que no han observado	Profesionales que no contestaron
Tartamudez	69%	20%	11%	0%
Disfonía crónica	54%	29%	17%	0%
Alteración en la intensidad (volumen) de la voz	54%	26%	17%	3%
Presencia de grado de pérdida auditiva	51%	37%	11%	0%
Mantener sus habilidades cognitivas	14%	69%	14%	3%
Dificultades para seguir instrucciones por problemas de comprensión.	11%	71%	17%	0%

En la tabla N°5, se pueden observar los signos que generan derivaciones de la población adulta al fonoaudiólogo.

El mayor porcentaje se presenta en alteraciones de la fluidez del habla, específicamente en tartamudez, con un 69% de derivaciones por parte de los profesionales.

Los dos siguientes signos en los cuales se basa más de la mitad de los profesionales al momento de realizar sus derivaciones, se encuentran relacionados con la calidad vocal de sus usuarios. Un 54% de los profesionales derivan a usuarios que presentan disfonía por un periodo mayor a 3 meses para evaluación e intervención fonoaudiológica, ocurriendo lo mismo con usuarios

que presentan como característica predominante una afectación en la intensidad de la voz, obteniendo igualmente un 54% de las derivaciones.

Respecto a usuarios que presentan un evidente grado de pérdida auditiva, sólo un 51% de los profesionales los derivan para ser evaluados, mientras que el 37% de ellos que han atendido usuarios con este signo no han realizado la derivación pertinente.

Respecto al área de lenguaje, se planteó una pregunta referente a las dificultades de los usuarios para seguir instrucciones por problemas de comprensión, dentro de lo cual un importante porcentaje, específicamente un 71% de los profesionales mencionaron que no derivan a los usuarios para complementar la evaluación y descartar que esto pueda ser generado por una afectación en el lenguaje.

Finalmente, las derivaciones de usuarios con la finalidad de mantener sus habilidades cognitivas sólo logran un 14% de derivaciones por parte de los profesionales, mientras que el 69% de ellos no lo hace, a pesar de ser el fonoaudiólogo un profesional competente en lo que es lo cognitivo-comunicativo.

TABLA N°6. Motivos de derivación al fonoaudiólogo en población adulta.

Motivos	Profesionales que derivan	Profesionales que no derivan	Profesionales que no han observado	Profesionales que no contestaron
Usuario refiere tos al alimentarse.	57%	23%	17%	3%
Usuario refiere tos posterior a ingesta de líquidos.	49%	31%	20%	0%
Usuario refiere percibir sonido en uno o ambos oídos.	46%	40%	14%	0%
Usuario refiere cansancio vocal durante el día y presenta una alta demanda vocal.	46%	28%	26%	0%
Usuario refiere molestias con ciertos sonidos.	37%	46%	17%	0%
Acompañante refiere diagnóstico de parálisis facial periférica	31%	46%	23%	0%
Usuario refiere dificultades en su memoria	9%	74%	17%	0%

Usuario refiere alteraciones gástricas	6%	80%	14%	0%
Usuario refiere cefaleas intensas	6%	74%	20%	0%
Acompañante refiere alteraciones conductuales (como apatía o desinhibición)	0%	80%	20%	0%

En la tabla N°6 se encuentran los motivos, de tipo no observables por el profesional dentro de la consulta, por los cuales se suelen realizar derivaciones al fonoaudiólogo en población adulta.

Los motivos que predominan dentro de las derivaciones en la población adulta al fonoaudiólogo se relacionan con dificultades deglutorias. Principalmente en usuarios que refieren tos al alimentarse, obteniendo un 57% de derivaciones para posterior evaluación fonoaudiológica. Siguiendo con estas afectaciones, menos de la mitad de los profesionales, es decir, un 49% de ellos derivan de forma más específica a usuarios que refieren tos posterior a ingesta de líquidos.

Dentro de las quejas auditivas otorgadas por los usuarios, sólo un 46% de los profesionales derivan ante tinnitus en uno o ambos oídos para evaluación auditiva. Mientras que un 37% de ellos, derivan a usuarios que refieren molestias con ciertos sonidos.

En el ámbito vocal, menos de la mitad de los profesionales derivan a usuarios que refieren fatiga vocal presentando de forma paralela trabajos con alta demanda vocal.

En relación a usuarios con diagnóstico de parálisis facial periférica, sólo un 31% de los profesionales derivan al fonoaudiólogo para complementar y realizar una evaluación integral de las funciones del usuario.

Por otro lado, algunos profesionales indicaron como motivo de derivación fonoaudiológica distractores incluidos dentro del cuestionario, que corresponden a: usuarios que refieren cefaleas intensas, y por otro lado, usuarios que refieren presentar alteraciones gástricas, obteniendo en ambos casos un 6% de profesionales que realizan derivaciones en atención primaria. En el caso de las

alteraciones gástricas, éstas pueden estar relacionadas en consecuencia con el reflujo faringo-laríngeo afectando en la calidad vocal de los usuarios, pero previamente estos deberían ser motivos de derivación a gastroenterólogo o nutricionista, a menos que el usuario haya referido dificultades a nivel vocal de forma paralela a las alteraciones gástricas.

Y por último, no se obtuvieron profesionales que deriven a los usuarios cuyos acompañantes refieren alteraciones conductuales para complementar su evaluación y descartar afectaciones a nivel de funciones ejecutivas o posible afectación en el lenguaje no observable.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Fernández (2000), describe los signos como una manifestación física u objetiva que provoca la enfermedad, es decir, con lo cual podemos hacer una valoración sobre que alteraciones están provocando manifestaciones negativas en la salud del usuario.

Por otra parte, Rojas (2015), describe las derivaciones como el acceso a una atención especializada. Bajo estos conceptos buscamos obtener resultados que nos acerque de manera indirecta a los conocimientos que manejan en atención primaria los profesionales acerca del manejo fonoaudiológico de los usuarios y a través de las derivaciones realizadas, objetivar este conocimiento a través de un estudio estadístico, comparando el mismo con estudios realizados por otros autores acerca del mismo enfoque, la labor fonoaudiológica en Centros de Salud Familiar.

En el año 2017 Vega et al., realizaron un estudio que buscó dar a conocer el rol del fonoaudiólogo en el sector de salud en Chile con una muestra de 19 participantes: dentro de los resultados obtenidos de las labores y responsabilidades que competen al profesional se destacaron labores de tamizaje, prevención y promoción de prácticas de vida saludable. Si bien establecen que pesar de encontrarse incorporado en instituciones de salud, mencionan que aún es desconocido el rol que cumple el fonoaudiólogo, dificultando por consiguiente su vinculación laboral. Esto se puede asociar con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que dentro del equipo de salud no existe una claridad tanto a nivel de áreas que abarca el quehacer fonoaudiológico, como de la población que forma parte de su abordaje, y por lo mismo, un alto porcentaje, específicamente un 60% de ellos suele asesorarse por otro profesional del equipo de salud al momento de realizar sus derivaciones.

Además, es posible comparar los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario, con un estudio realizado el 2016 por Fuentes, Godoy, Lepé, Mella, Pintos y Villarroel, en el cual estudiaron la percepción del rol del fonoaudiólogo en Atención Primaria de Salud en profesionales de este nivel de atención. Ellos

mencionan que su población en estudio reconoce el rol del fonoaudiólogo de forma mayoritaria en el área infantil, comparando sus resultados con el estudio realizado por Bustamante, Castro, González, Labbé, Ramírez y Santibáñez (2016), dentro del cual se obtuvo que las áreas más consideradas dentro del quehacer fonoaudiológico son: habla y lenguaje, con un 96% y 100% respectivamente. En relación a los resultados obtenidos en este estudio, se evidenció que, en la población infantil, el signo con mayor porcentaje de derivación por parte de los profesionales fue el de retraso del lenguaje con un 89%, siguiéndole el de la falta de adquisición del lenguaje oral a los 2 años, con un 82%, lo que reafirma lo anteriormente señalado por los autores, siendo en el área infantil las alteraciones de habla y lenguaje aquellas con mayor porcentaje de derivación. En la población de adolescentes, el signo con mayor derivación por parte de los profesionales es la tartamudez con un 79% y le sigue con un 76% la incorrecta articulación de un fono, finalmente, al observar los resultados obtenidos dentro de la población adulta, se evidenció al igual que en la población de adolescentes, el signo con mayor porcentaje de derivación es el de tartamudez, con un 69%. Por lo tanto, se confirmaron en las 3 distintas etapas a lo largo del ciclo vital de forma unánime como principales signos de derivación por parte de los profesionales aquellos relacionados con el área de habla.

Por otro lado, Agüero, Cerda, Peñalosa, Quiroz y Santibáñez (2017) estudiaron la autopercepción del rol de fonoaudiólogo en atención primaria, obteniendo que la población con mayor porcentaje de atención es de 0 a 6 años con un 83% y 60 años y más con 93%. Esto se puede relacionar con los porcentajes de derivación obtenidos en la investigación en la población infantil, dentro de la cual se obtuvieron los porcentajes más altos, con un 89% en relación a los adolescentes y adultos, quienes obtenían en los signos más frecuentes 79% y 69% respectivamente. En base a esto podemos evidenciar que en la población infantil está más instaurado el rol fonoaudiológico por parte de los otros profesionales, lo que genera mayor certeza a la hora de realizar sus derivaciones.

Agüero et al., (2017), dentro de los resultados obtenidos en su estudio de autopercepción del rol del fonoaudiólogo inserto en Atención Primaria de Salud, obtienen que un 100% de la muestra mencionan que el profesional está capacitado para abordar procesos patológicos como trastornos cognitivos comunicativos. Esto se contrapone con otros estudios, abordados desde la perspectiva de otros profesionales de salud, como lo es el realizado por Fuentes, et al., (2016) donde se menciona que sólo un 46% de los profesionales que ejercen en atención primaria estima que el fonoaudiólogo puede realizar talleres de estimulación cognitiva, corroborándose en cierto grado con los resultados obtenidos en la investigación, dentro de la cual sólo un 14% de los profesionales derivan al fonoaudiólogo a usuarios adultos mayores para mantener sus habilidades cognitivas, siendo que éste es un profesional capacitado dentro de lo cognitivo-comunicativo. Dentro de la misma población, sólo un 11% de los profesionales derivan al fonoaudiólogo a usuarios que presentan dificultades para seguir instrucciones por problemas de comprensión, mientras que el 71% no lo hace, siendo que las afectaciones y consiguiente intervención en el lenguaje comprensivo con propias del quehacer fonoaudiológico.

Continuando con el estudio realizado por Fuentes et. al., (2016), se obtuvo que el 93% de la población reconoce como rol fonoaudiológico la intervención en el área de voz. Esto no se condice con los resultados obtenidos en la investigación actual, ya que en la población infantil sólo un 64% deriva ante casos de disfonía crónica, muy por debajo de los porcentajes ante afectaciones de habla o lenguaje. En la población adolescente ocurre una similitud en relación a la derivación, ya que al presentarse usuarios con intensidad vocal alterada sólo un 62% de ellos deriva, siendo el signo del área de voz con mayor porcentaje dentro de esta población. Finalmente, en la población adulta, un 54% de los profesionales deriva al fonoaudiólogo a usuarios que presentan afectación en la intensidad vocal, mientras que el mismo porcentaje deriva a usuarios con disfonía crónica, y menos de la mitad lo realiza ante usuarios que han referido presentar fatiga vocal. Estos resultados son similares a los

obtenidos por Bustamante et. al., (2017), quienes mencionan que en cuanto al reconocimiento de la labor en el área de voz, este es muy bajo, siendo esta área de exclusiva labor fonoaudiológica y esto puede deberse a que como mencionan los mismos autores, el desempeño fonoaudiológico se encuentra ligado principalmente al área infantil abordando patologías de trastornos del lenguaje y habla infantil, no así ante afectaciones de calidad vocal, que son a nivel perceptual más complejos de identificar para el resto de los profesionales.

Continuando con lo mencionado anteriormente, esto se puede relacionar de igual manera con los bajos porcentajes de derivación obtenidos en las distintas poblaciones en relación a las afectaciones a nivel de sistema estomatognático, como es en el caso de los niños que presentan deglución atípica referido por los padres, donde sólo un 48% de los profesionales realizan la derivación pertinente al profesional idóneo. Este resultado puede compararse con lo obtenido por Bustamante et. al., (2016), quienes mencionan dentro de sus resultados la labor del fonoaudiólogo a nivel del sistema estomatognático durante el crecimiento, determinando un claro desconocimiento respecto al tema por parte de los demás profesionales.

En lo relacionado al área de deglución, específicamente en la población adulta, los porcentajes de derivación ante usuarios que refieren atoros durante la deglución fueron de un 57%, mientras que el 23% de ellos no suelen realizarlo. Por otro lado, de forma más específica, ante usuarios que refieren tos posterior a la ingesta de líquidos, se obtiene un 49% de profesionales que derivan, mientras que un 31% de ellos no están realizando las derivaciones pertinentes. Es necesario resaltar los bajos porcentajes de derivación en esta área, de modo que debido a la forma de aplicación del cuestionario no es posible determinar de qué forma están siendo abordadas estas problemáticas en la comunidad: si éstas están siendo atendidas por otros profesionales sin la capacitación adecuada, o simplemente no están siendo abordadas. Estos hallazgos se contraponen con los presentados por Agüero, Espinoza, García, González, Jofré y Pinilla en el 2013, quienes realizaron un estudio en cuanto a la

percepción de las necesidades fonoaudiológicas de los profesionales de la salud que trabajan en rehabilitación, específicamente que se desempeñan en los CCR, donde concluyeron que existe una alta percepción de las necesidades fonoaudiológicas en temas como gestión, comunicación, audición y, específicamente, deglución; necesidades que se encuentran ligadas en el tema de la rehabilitación como lo son las realizadas en los CCR, ya que hoy en día en nuestro país se abordan cada vez más las patologías asociadas a discapacidad, donde el fonoaudiólogo es mencionado en varias guías clínicas GES como el profesional que debe abordar patologías como Accidente Cerebro Vascular o Parkinson, las que dentro de sus alteraciones incluyen alteraciones en la deglución.

Por último en el área de audición, desde el año 2013, se incluyen guías clínicas por el MINSAL para usuarios con hipoacusia bilateral mayores de 65 años y más, además del tratamiento de la hipoacusia en menores de 2 años, donde se menciona al fonoaudiólogo como parte del equipo multidisciplinario a cargo de abordar estas alteraciones, ya sea: tamizaje, diagnóstico, entre otros. Por lo que debería ser reconocido por otros profesionales laborantes en salud como un profesional idóneo para el abordaje de estas alteraciones. Bustamante et. al (2016), hacen referencia a lo antes mencionado, indicando que el desarrollo de estas guías ha permitido la inserción del fonoaudiólogo en el área de la salud, pero que a pesar de lo anterior la disciplina no es considerada dentro de los primeros niveles de atención. En relación a lo antes mencionado y según los hallazgos realizados, se mantiene esta postura, pues en la población infantil y según los signos propuestos en el cuestionario, solo el 71% de los profesionales consideran la derivación en los casos en que un menor presente dificultad para escuchar cuando le hablan, mostrando el mismo porcentaje en el caso de considerar como motivo de derivación cuando los padres refieren que su hijo presenta dificultades al escuchar o se obtiene un examen auditivo alterado, con un porcentaje aún más bajo, 68% específicamente. En el caso de la población adulta, esta cifra disminuye aún más, considerando al fonoaudiólogo solo en un 51% de los casos para realizar sus derivaciones o en

el caso de mencionar como motivo de consulta la presencia de tinnitus o molestia con algunos sonidos con un 46% y 37% respectivamente, evidenciando que aunque el fonoaudiólogo aunque es considerado un profesional capacitado para abordar patologías audiológicas, desde la fecha de implementación de las guías GES hasta la fecha, aún no es considerado por la mayoría de los demás profesionales para realzar sus derivaciones y considerar a este para el abordaje de las mismas.

Por otro lado, la aplicación del cuestionario generó algunos sesgos, debido a que al ser un estudio no probabilístico por conveniencia, las respuestas se concentraron en ciertos profesionales, como es el caso de enfermeras/os y kinesiólogas/os, y se obtuvo bajas respuestas en otras profesiones que podrían ser potentes derivadores, como es el caso de los médicos, odontólogos, educadores diferenciales, terapeutas ocupacionales y educadores de párvulos.

Además, al momento de obtener la muestra pocos profesionales dentro de los Centros de Salud Familiar cumplían con el criterio de inclusión, siendo éste el de realizar derivaciones al Fonoaudiólogo, a pesar de atender constantemente a usuarios con alteraciones directamente relacionadas con el quehacer del profesional. Esto puede indicar que en el primer nivel de atención se presentan patologías de índole fonoaudiológico, y éstas no están siendo abordadas por el profesional capacitado, lo que genera que otros profesionales estén interviniendo en áreas que son propias del fonoaudiólogo al haber falta de normativas gubernamentales que lo incluyan en este nivel, o simplemente estos requerimientos no están siendo cubiertos y generan un déficit en la integralidad de la atención multidisciplinaria a la comunidad.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Según los resultados obtenidos, se puede concluir que los principales motivos y signos de derivación al fonoaudiólogo a lo largo del ciclo vital son por alteraciones en el área del habla, reafirmando lo obtenido en estudios en los cuales se estudió el conocimiento que tienen otros profesionales respecto al quehacer fonoaudiológico. En segundo lugar se encuentran las afectaciones a nivel auditivo pero con un porcentaje menor al esperado. Lo mismo ocurre con las derivaciones para evaluación e intervención en las funciones estomatognáticas, más específicamente, respiración y deglución, obteniendo este último un muy bajo porcentaje y generando la incertidumbre de si los usuarios que presentan afectación en estas áreas no están siendo atendidos por el profesional capacitado, lo que genera que otros profesionales estén interviniendo en áreas que son propias del fonoaudiólogo, o éstas simplemente no están siendo abarcadas de forma integral.

Respecto a los resultados obtenidos se puede concluir además que la falta de conocimiento por parte de los profesionales respecto al quehacer fonoaudiológico, específicamente en atención primaria, se ve reflejado en las derivaciones que realizan, quienes además presentan un alto porcentaje de asesoramiento por otro profesional al momento de realizarlo.

Después de darse a conocer los resultados, éstos pueden servir de base para ampliar los campos de acción, dentro de lo que es la concientización y difusión respecto a aquellas áreas que generan menor porcentaje de derivación por parte de los profesionales. Además, se sugiere para futuras investigaciones identificar los motivos y signos de derivación más frecuentes por áreas de la fonoaudiología.

BIBLIOGRAFÍA:

Aguayo, J., Espinoza, E., García, H., González, Y., Jofré, G., Pinilla, C. (2013). *Percepción de las necesidades fonoaudiológicas de los profesionales de salud que trabajan en la estrategia rehabilitación basada en la comunidad, 2013* (tesina para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología, Universidad San Sebastián, Santiago).

Agüero, B., Cerda, N., Peñalosa, M., Quiroz, R., Santibáñez, C. (2017). *Autopercepción del rol del fonoaudiólogo inserto en atención primaria de salud en Chile* (Tesina para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología, Universidad San Sebastián, Santiago).

Arredondo, P., Bertoglia, M., Inostroza, M., Labbé, J., Lenz, R., Sánchez, H. (2017). Construcción política del sistema de salud chileno: La importancia de la estrategia y la transición. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Libro-ISPAB-11.pdf>.

Banco de Integración de Programas Sociales (BIPS). (s.f). Apoyo a la Implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR). Recuperado el 7 de noviembre del 2018, de <http://www.programassociales.cl/programas/1175/2016/3>.

Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M., Ojea, O (2007). Fundamentos de Salud Pública. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo.pdf?sequence=4.

Becerril-Montekio, V., Reyes, J., Manuel, A (2011). Sistema de Salud de Chile. Salud Pública de México, Vol 53 Supl 2, p.34. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/es>.

Bustamante, J., Castro, D., González, P., Labbé, C., Ramírez, G., Santibáñez, S. (2016). *Percepción del rol del fonoaudiólogo en atención primaria de salud por parte de los profesionales que desempeñan cargos de gestión, en torno a la*

rehabilitación, en los servicios de salud del país durante el año 2016 (Tesis para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología, Universidad San Sebastián, Santiago).

Colegio Médico (1996). Sistema de Salud Chileno. Recuperado de <http://www.colegiomedico.cl>

Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín. (s/f). *Reglamento interno de orden, higiene y seguridad de la corporación municipal de desarrollo social de san Joaquín*. Recuperado el 24 de Mayo de 2018, de

http://www.cdssanjoaquin.cl/transparencia/Potestades_y_Marco_Normativo/Descripcion_de_Cargos.pdf.

Chile Crece Contigo. (s/f). *Programas que componen ChCC*. Recuperado el 15 de septiembre del 2018, de <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/programas/>.

Depaux, R., Campodónico, L., Ringeling, I., Segovia, I. (2008). En el camino a centro de salud familiar. Recuperado de <http://buenaspracticapsaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>.

Duarte, L., Peña, M., Piragua, B. (2007). Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud dentro del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Revista Areté*, 7(1), 173-176. Recuperado de <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/525/486>.

Fernández, T. (2000). Manual de patología médica y fitoterapia. Recuperado de https://books.google.cl/books?id=VFgcdzECKMkC&pg=PA25&dq=signos+y+sintomas+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjXhszn2_7aAhXKGZAKHamZBsAQ6AEIMzAC#v=onepage&q=signos%20y%20sintomas%20definicion&f=false.

Figuroa, A., Iturra, R., Matus, C y Muñoz, F. (2015). *Caracterización de las concepciones del ejercicio fonoaudiológico en Chile en los últimos 40 años*

(Tesis para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago). Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138217/Figueroa%20Iturra%20Matus%20Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1>.

Franco-Giraldo, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS), 33(3): 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11.

Gobierno de Chile. Metas 2011-2020 Elige vivir sano. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. Recuperado de <http://www.salud-e.cl/biblioteca/estrategia-sanitaria-chilena/objetivos-sanitarios-2011-2020/>.

González, M. (2014). Subsistema de protección integral a la infancia, Chile crece contigo, Revista Búsquedas Políticas Vol. 3 N°1, 9-25. Recuperado de http://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/5126/V03N01_pp_09_25-Maria_Jose_Gonzalez.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Malagón, Y., Brenes, L., Guevara, A. (2006). Los factores de riesgo en el ciclo vital y su influencia en el proceso salud enfermedad. Fundamento filosófico e intervención. GERINFO, 1(3), 7. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/los factores de riesgo en el ciclo vital y su influencia en el proceso salud-enfermedad. fundamento filosofico e intervencion..pdf>.

Maggiolo L., M., & Schwalm A., E. (2017). Escuela de Fonoaudiología: notas acerca de su historia. Revista Chilena de Fonoaudiología, 16. doi:10.5354/0719-4692.2017.47556

Ministerio de Salud. (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Recuperado el 15 de mayo de 2018, de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.

Ministerio de Salud. (2017). Orientaciones para la planificación y programación en red. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2017CUADERNILLO1.pdf>.

Ministerio de Salud (s.f). Misión y Visión. Recuperado el 25 de mayo del 2018, de <http://www.minsal.cl/mision-y-vision/>.

Ministerio de Salud. (s.f). Historia del Minsal. Recuperado el 25 de mayo de 2018, de <http://www.minsal.cl/historia-del-minsal/>.

MINSAL. (2014). Manual Metodológico: Desarrollo de Guía Práctica Clínica. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Manual-metodologico-GPC-151014>.

MINSAL. (2010). Guía Clínica: Enfermedad de Parkinson. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a0cef2ae04001011f01678a>.

MINSAL. (2013). Guía Clínica AUGÉ: Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más. Rescatado desde <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64>.

MINSAL. (2009). Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Recuperado desde <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7220f6b9b01b4176e04001011f0113b7>.

MINSAL. (2013). Guía Clínica AUGÉ Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífonos. Recuperado desde <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Hipoacusiabilateralmayores65agnos>.

Municipalidad de la Pintana. (s.f). Centro Comunitario de Rehabilitación. Recuperado e 7 de noviembre del 2018, de <http://www.pintana.cl/index.php/mimuni/centro-de-rehabilitacion-fisica>.

Ministerio de Salud, Departamento Desarrollo Social (s.f). Diseño e implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento de la Reforma

de Salud de Chile, resumen ejecutivo. Recuperado de <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/resumenejecutivo.pdf?ua=1>.

Municipalidad de Valdivia. (s.f). Salud Municipal de Valdivia. Recuperado el 25 de noviembre del 2018, de <http://www.munivaldivia.cl/web2018/index.php/salud>.

Muñoz, A., Novoa, M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas, *terapia psicológica* (30), 25. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art03>.

León, B., Berenson, R. (1996). Medicina teórica. definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7 (3), 1-2. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001.

Narey, B. (2000). Políticas y estrategias de Salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 24(2), 77-84. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_2_00/rcsp200.pdf.

Organización Panamericana de Salud. (2002). Perfil del sistema de salud Chile (2° ed). recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Chile_2002.pdf.

Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2010). *Psicología del desarrollo*. (11° ed). México D.F.: McGraw-Hill.

Parra, A. (2005). CESFAM: Centro de Salud Familiar Comuna de Lo Prado (Memoria de Proyecto de Título de la Carrera de Arquitectura, Universidad de Chile, Santiago). Recuperado de http://tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/parra_a/sources/parra_a.pdf.

Rojas, I. (2015). Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas?. *Med fam Andal*,

16(2), 35-43. Recuperado de http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n2/v16n2_05_originalb.pdf.

Sarmiento., J. (2013). Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(2), 151-161. Recuperado de <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/27116/28748/>.

Solís, H., Herrera, M. (2011). *Gestión en el proceso de interconsulta del Centro de Salud Familiar de la Granja* (tesis para optar al grado de licenciado en ciencias políticas y administrativas). Universidad académica de humanismo cristiano, Santiago.

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.

Vega, Y., Torres, A., Rivas, M. (2017). Análisis del Rol del Fonoaudiólogo(a) en el Sector Salud en Chile. *Ciencia y Trabajo*. 19 [59], 8. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n59/0718-2449-cyt-19-59-00076.pdf>.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 15 de noviembre de 2018, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

ANEXOS.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Documento de consentimiento informado para tesis para optar al grado de Licenciadas en Fonoaudiología de la Universidad San Sebastián, Sede Valdivia, 2018.

Este consentimiento informado, está dirigido a todos aquellos profesionales del área de la salud que desempeñen en Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos, y que hayan realizado o realicen derivaciones al fonoaudiólogo dentro del centro de salud o hacia alguna de las redes de derivación según cada caso requerido (escuelas de lenguaje, particular, hospital, entre otros).

Investigadoras:

Fonoaudióloga Cecilia Saba Samur (docente responsable), Luz Andrade Macías, Pamela Castillo Bustos y Mariana Pérez Inostroza.

Somos tesistas de quinto año de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad San Sebastián, sede Valdivia. A través de este proyecto de investigación queremos dar conocer cuáles son los principales motivos y signos en los que se basan los profesionales en los Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos para derivar usuarios al profesional fonoaudiólogo/a.

A continuación se detallará la información necesaria y se le invitará a participar de esta investigación. No debe decidir inmediatamente si desea participar de ella, por lo que puede tomarse el tiempo y preguntar sobre sus dudas a cualquier investigadora, y así solucionar sus interrogantes antes de presentar una respuesta definitiva.

Invitamos a todos los profesionales de la salud de los CESFAM de la Región de los Ríos, a participar de esta investigación, cuyo fin, como se mencionó anteriormente, es conocer los principales motivos y signos en los que se basan los profesionales en los Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos para derivar usuarios al profesional fonoaudiólogo(a).

Al ser su participación voluntaria en esta investigación, usted puede elegir si participar en ella o no. Si decide participar, y posteriormente cambia de idea, tiene total libertad de dejar de participar dentro del trayecto, lo cual sólo requerirá avisar con antelación a cualquiera de las investigadoras en sus respectivos correos de contacto.

Dentro de su participación en esta investigación, se requerirá que conteste un cuestionario, con preguntas pertinentes a los motivos y signos en que se basa usted al momento de realizar sus derivaciones al fonoaudiólogo. Las preguntas que lo compondrán tienen respuestas cerradas (Si/No), por lo que su realización es relativamente rápida y no le tomará mayor cantidad de tiempo: aproximadamente entre 5-10 minutos.

Con los datos recabados a través de este cuestionario, posteriormente podremos establecer un flujograma que le será entregado, y así otorgarle una nueva herramienta al momento de necesitar activar las redes de derivación al fonoaudiólogo. Por otro lado, esta investigación no presenta riesgos para quien participe, debido a que solo requiere contestar un cuestionario en base a su experiencia y criterio profesional.

Confidencialidad:

Los datos entregados y obtenidos en la investigación serán de total y absoluta confidencialidad. Solo tendrán acceso a ellas las investigadoras responsables.

Declaración del consentimiento:

Se me ha explicado el propósito de esta investigación científica, los procedimientos, riesgos, beneficios y derechos, pudiéndome retirar de ésta en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/a a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho para participar de esta investigación.

Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio fonoaudiológico que surja y que pueda tener importancia directa para mí.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar la participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

Los resultados de la investigación se entregarán a través de un resumen de la institución participante, y usted tendrá libre acceso a él.

Autorizo a las investigadoras responsables y sus colaboradores a utilizar mis respuestas de este cuestionario como estimen conveniente para su proyecto de investigación.

“Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia. Este Comité está acreditado y tiene como función resguardar los derechos de las personas como sujetos de investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte el teléfono; 63- 2281784 o en Edificio Prales, Vicente Pérez Rosales 560, oficina 307, 3° Piso, Valdivia, Chile”.

Contacto:

En caso de que surjan dudas respecto al cuestionario, al proyecto de investigación, o incluso si desea manifestar su retiro del estudio, puede contactarse a través de correo electrónico con las investigadoras:

Cecilia Andrea Saba Samur: cecilia.saba@uss.cl

Mariana Alexandra Pérez Inostroza: marianalexandra22@gmail.com

Luz Arlen Andrade Macías: luz.arlen.andrade@gmail.com

Pamela Andrea Castillo Bustos: ppamecastillo@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____.

Cedula de Identidad: _____.

He sido invitado a participar en el proyecto de tesis, titulado "Principales motivos y signos en los cuales se basan los profesionales de la salud en los Centros de Salud Familiar en la Región de los Ríos para derivar usuarios al profesional fonoaudiólogo". De esta manera, podré obtener como beneficio, un flujograma que abarcará las redes de derivación al profesional fonoaudiólogo, dentro de las distintas áreas y rangos etarios en que ejerce, el cual permitirá guiar la ejecución diaria de las derivaciones.

Se me ha proporcionado el nombre de las investigadoras, quienes pueden ser fácilmente contactadas en caso de así requerirlo.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente mi participación en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me perjudique.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Luz Andrade Macías
Interna de Fonoaudiología
Investigadora Responsable
Valdivia

Pamela Castillo Bustos
Interna de Fonoaudiología
Investigadora Responsable
Valdivia

Mariana Pérez Inostroza
Interna de Fonoaudiología
Investigadora Responsable
Valdivia

Cecilia Saba Samur
Fonoaudióloga
Docente Responsable
Valdivia

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera Fonoaudiología
Sede Valdivia

CUESTIONARIO:

“Principales motivos y signos en los cuales se basan los profesionales en los Centros de Salud Familiar para derivar usuarios al profesional fonoaudiólogo en la Región de los Ríos”.

Este cuestionario se encuentra dirigido a todos aquellos profesionales del área de la salud que desempeñen en Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos, y que hayan realizado o realicen derivaciones al fonoaudiólogo dentro del centro de salud o hacia alguna de las redes de derivación según cada caso (escuelas de lenguaje, particular, hospital, entre otros).

El objetivo de este estudio consiste en conocer cuáles son los principales motivos y signos en los cuales se basan los profesionales que se desempeñan en atención primaria de salud para derivar usuarios al fonoaudiólogo en la Región de los Ríos. Es por esto que su participación en este estudio es de vital importancia, y solicitamos que forme parte de ella.

Instrucciones:

Responder este cuestionario le tomará aproximadamente 10 minutos y puede contar con el apoyo de alguna de las investigadoras en caso de que lo requiera.

A continuación, se le entregarán las consideraciones necesarias para el momento de contestar el cuestionario: Es necesario que responda lo siguiente bajo su criterio y experiencia profesional, marcando con una “x” la opción que usted estime apropiada, entre las cuales se encontrarán: Si, No y N.O. (no observado).

Comience contestando las preguntas generales del cuestionario desde la 1 a la 4. Luego según la población que atienda, continúe de la siguiente manera:

- Si usted trabaja atendiendo población infantil de 0 a 11 años, conteste las preguntas desde la 5 a la 24.
- Si usted trabaja atendiendo población adolescente de 12 a 18 años, conteste las preguntas desde la 25 a la 33.
- Si usted trabaja atendiendo población adulta desde los 19 en adelante, conteste las preguntas desde la 34 a la 50.
- En caso de que usted trabaje atendiendo usuarios de todas las edades indicadas, conteste el cuestionario completo.

	Sí	No
1-¿Se basa usted en instrumentos estandarizados (pruebas) para realizar sus derivaciones?		
2-¿Se basa usted en síntomas referidos por los usuarios para realizar sus derivaciones al fonoaudiólogo?		
3-¿Se asesora usted de otro profesional para realizar las derivaciones al fonoaudiólogo?		
4-¿Conoce usted las redes o lugares a dónde derivar a los usuarios según estos requieran?		

Indique en cuál de los siguientes casos deriva usted al Fonoaudiólogo:	Deriva		
	Sí	No	N.O
Niños/ as:			
5- A un recién nacido que presenta dificultades en la succión.			
6- Si los padres de un recién nacido refieren que presentó un examen auditivo alterado.			
7- A un niño/a que a los 2 años no se comunica mediante lenguaje oral.			
8- Si Ud. percibe que un/a niño/a no se encuentra atento a lo que Ud. le indica a lo largo de su evaluación o consulta.			
9- Si los padres de un/a niño/a refieren que presenta dificultades para realizar el cambio de consistencia en su alimentación.			
10- A un/a niño/a que se encuentra realizando un tratamiento de ortodoncia preventiva interceptiva (OPI) y presenta consecuentemente dificultades en funciones tales como: habla o deglución.			
11- Si los padres de un/a niño/a refieren que al alimentarse empuja con la lengua los alimentos hacia afuera, de modo que estos se salen de la boca.			
12- Si ud. percibe que un/a niño/a respira por boca.			
13- A un/a niño/a que de dos años o más mantiene el uso del chupete.			
14- A un/a niño/a que usa mamadera después de los dos años.			
15- A un/a niño/a que después de los 2 años presenta succión digital o se introduce algún objeto para succionar constantemente en la boca.			
16- A un/a niño/a que presenta una alteración sensorial táctil.			
17- A un/a niño/a que presenta un retraso a nivel del desarrollo psicomotor.			
18- Si los padres de un niño/a refieren que le cuesta escuchar cuando le hablan y esto es corroborado en su atención.			

19- Si Ud. percibe que un/a niño/a presenta disfonía crónica.			
20- Si Ud. percibe que un/a niño/a presenta retraso en la adquisición del habla.			
21- A niños/as menores de 1 año para programas de estimulación del lenguaje.			
22- Si los padres de un/a niño/a refieren que éste respira por boca.			
23- Si Ud. percibe que un niño/a de 3 años durante su consulta no muestra: interés por comunicarse, no le llaman la atención los estímulos presentes en el box ni mira a los ojos.			
24- A un/a niño/a presenta un diagnóstico médico que afecte su comunicación con el medio.			
Otro:			

Indique en cuál de los siguientes casos deriva usted al Fonoaudiólogo:	Sí	No	N.O
Adolescentes: 25- A un/a adolescente que mantiene una voz infantilizada (aún no realiza una muda vocal) a los 18 años.			
26- A un/a adolescente que tartamudea.			
27- Si Ud. percibe que un/a adolescente presenta dificultades para mantener su atención o concentrarse.			
28- Si un/a adolescente refiere dificultades en los estudios, asociados a alteraciones cognitivas (por ejemplo, quejas relacionadas con su memoria, funciones ejecutivas o lenguaje).			
29- Si Ud. percibe que un/a adolescente habla muy rápido.			
30- A un/a adolescente que pronuncia mal un fonema (por ejemplo, que le cueste decir un sonido como: la "R").			
31- A un/a adolescente que presenta alteración en la intensidad (volumen) de su voz.			
32- Si Ud. percibe que un/a adolescente respira por boca.			

33- Si Ud. percibe en un/a adolescente disfonía crónica.			
Otro:			

Indique en cuál de los siguientes casos deriva usted al Fonoaudiólogo:	Sí	No	N.O.
Adultos:			
34- A un/a usuario/a que presenta un grado de pérdida auditiva.			
35- A un/a usuario/a que presenta disfonía crónica.			
36- A un/a usuario/a que tartamudea.			
37- A un/a usuario/a que presenta una alteración en la intensidad (volumen) de la voz.			
38- A un/a usuario/a con ocupaciones de alta demanda vocal, que refiere cansancio vocal durante el día.			
39- A un/a usuario/a que refiere alteraciones gástricas.			
40- A un/a adulto mayor para mantener sus habilidades cognitivas.			
41- A un/a usuario/a que tiene dificultades para seguir instrucciones por problemas de comprensión.			
42- Si un/a usuario/a refiere que le molestan ciertos sonidos.			
43- A un/a usuario/a que presenta alteraciones sensoriales visuales.			
44- Si un acompañante refiere que el/la usuario/a presenta un diagnóstico de parálisis facial periférica.			
45- A un/a que usuario/a refiere percibir un ruido en uno o ambos oídos.			
46- A un/a usuario/a que refiere cefaleas intensas.			
47- Si un acompañante refiere que el/la usuario/a presenta alteraciones conductuales (como desinhibición o apatía).			
48- Si un/a usuario/a refiere que se atora al momento de alimentarse.			
49- Si un/a usuario/a refiere carraspera o tos posterior a la ingesta de líquidos.			
50- Si un/a usuario/a refiere dificultades en su memoria (como olvidos frecuentes).			
Otro:			

Muchas gracias

ANEXO 3. CONSTANCIA PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Valdivia, _____ 2018.

Estimada(o) Señora(señor):

Nos es grato dirigirnos a usted para manifestarle nuestro saludo cordial y solicitar su inapreciable colaboración como experta(o) -dada su experiencia profesional y méritos académicos- para la validación de contenido del instrumento (anexo), que tiene como finalidad medir la variable motivos y signos clínicos de derivación en el marco de la investigación titulada: Principales motivos y signos en los cuales se basan los profesionales de la salud en los Centros de Salud Familiar de la Región de los Ríos para derivar usuarios al profesional fonoaudiólogo, cuyo objetivo es determinar cuáles son los principales motivos y signos por los cuales los profesionales de la salud en los CESFAM la Región de los Ríos derivan al fonoaudiólogo.

Para efectuar la validación del instrumento, usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta y analizar la validez del instrumento en relación a la variable que se pretende medir. Se le agradece cualquier sugerencia relativa a la redacción, el contenido, la pertinencia y congruencia u otro aspecto que considere relevante para mejorar el mismo.

Atentamente,

Luz Andrade Macías
Interna de Fonoaudiología
Investigadora Responsable
Valdivia

Pamela Castillo Bustos
Interna de Fonoaudiología
Investigadora Responsable
Valdivia

Mariana Pérez Inostroza
Interna de Fonoaudiología
Investigadora Responsable
Valdivia

Cecilia Saba Samur.
Fonoaudióloga
Docente Responsable.
Valdivia

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, Cédula
de Identidad N° _____, de profesión
_____, ejerciendo actualmente como
_____, en _____

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el
Instrumento _____

Presentado por _____

Luego de hacer la revisión, puedo formular las siguientes evaluaciones acerca del instrumento:

DESTACADO	Cumple totalmente con la característica evaluada.
ACEPTABLE	Cumple parcialmente con la característica evaluada, en forma aceptable.
INCIPIENTE	Cumple parcialmente con la característica evaluada pero de manera inaceptable; debe mejorarse.
DEFICIENTE:	No cumple con la característica evaluada.

Marcar con una X la opción de evaluación correspondiente

	DESTACADO	ACEPTABLE	INCIPIENTE	DEFICIENTE
Clara redacción de los ítems				
Cobertura de los contenidos de los ítems				
Precisión del contenido de los ítems				
Congruencia de los ítems				
Pertinencia del contenido de los ítems				

Observaciones:

Firma

