



Facultad de Medicina

Kinesiología

Representaciones sociales acerca del kinesiólogo
generadas por la población rural usuaria de los
servicios de atención primaria de la comuna de
Melipeuco en el año 2017

Evelin Crisosto

Tabita Fuentes

Patricia Guíñez

Temuco. Diciembre 2016



Facultad de Medicina

Kinesiología

Representaciones sociales acerca del kinesiólogo
generadas por la población rural usuaria de los
servicios de atención primaria de la comuna de
Melipeuco en el año 2017

Evelin Crisosto

Tabita Fuentes

Patricia Guíñez

Profesor Guía: Ingrid Magna

1. Resumen

Objetivo: Describir las representaciones sociales a cerca del kinesiólogo por parte de la población rural usuaria de los servicios de atención primaria de la comuna de Melipeuco.

Método: Se utilizará el diseño de investigación cualitativo. La recolección de la muestra se realizará por conveniencia y muestras en cadena (bola de nieve). En cuanto a la recolección de datos, estos serán obtenidos mediante dos grupos focales en cada uno de los siguientes sectores rurales de la comuna de Melipeuco: Sta. M^a de Llaima, Cumcumllaque, y Carén. Los datos serán recabados en audio y video, además de las anotaciones de campo, para luego ser transcritos y analizados utilizando el software ATLAS TI.

Palabras claves: Representación social, kinesiólogo, Melipeuco, grupos focales, población rural.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por tantas bendiciones, sin las cuales nada podría lograr.

A mis padres Rubén y Olga, por su amor y apoyo incondicional en todo este proceso, por confiar en mí y alentarme en los días de cansancio.

A Patricio por su paciencia, y por repetirme una y otra vez que debo confiar en mi misma.

A mis compañeras de Tesis, Tabita y Evelin, por su compromiso y adornar con risas todo el proceso de trabajo aún en momentos de cansancio.

Finalmente quiero agradecer a profesora Ingrid, por su compromiso, apoyo y orientación en nuestro trabajo.

Patricia Guíñez Nùñez

Agradezco a Dios por regalarme lo más grande que tengo mi familia, que sin su apoyo no sería nada.

A mis padres pilares fundamentales en mi vida, a mis hermanos que siempre me han acompañado

A mi Normita, por tener tanta paciencia y amarme por sobre todas las cosas.

A mis amigas y compañeras de tesis, por convertir momentos de estrés en grandes momentos de alegría y gozo.

A nuestra profesora guía, por esa sonrisa que siempre nos brindó, por su compromiso y dedicación en este proceso.

Evelin Crisosto

Agradecer primero a Dios por hacer posible cada instancia importante en mi vida.

Esta es una de ellas.

A mis padres y hermanas los pilares en mi vida, por el amor incondicional y la contención, gracias por demostrarme su apoyo creyendo siempre en mí.

A mis compañeras y amigas de tesis, por el esfuerzo compartido y por hacer de este proceso momentos inolvidables.

Y por último, pero igual de importante, a nuestra profesora guía, por el compromiso y dedicación demostrado.

Tabita Fuentes

INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
2.1 INTRODUCCIÓN	10
2.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
2.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	13
2.3.1 <i>Factibilidad</i>	13
2.3.2 <i>Interesante</i>	14
2.3.3 <i>Novedoso</i>	15
2.3.4 <i>Ético</i>	15
2.3.5 <i>Relevante</i>	19
3. CAPITULO II: MARCO DE ANTECEDENTES	20
3.1 REPRESENTACIÓN SOCIAL	21
3.2 KINESIÓLOGO EN ATENCIÓN PRIMARIA	25
3.2.1 <i>Programa ERA</i>	26
3.2.2 <i>Programa IRA</i>	27
3.2.3 <i>Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa ...</i>	27
3.2.4 <i>Programa de ayudas técnicas</i>	28
3.2.5 <i>Programa artrosis</i>	28
3.2.6 <i>Programa cardiovascular</i>	29
3.2.7 <i>Programa vida sana</i>	30
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA DE MELIPEUCO	31
3.3.1 <i>Aspectos Sociodemográficos de la Comuna</i>	32

3.3.2	<i>Descripción del Centro de Salud Familiar</i>	35
3.4	REVISIÓN DE LITERATURA	38
4.	CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	43
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	44
4.2	SUPUESTOS	45
4.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	45
4.4	OBJETIVO GENERAL	45
4.5	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
4.6	POBLACIÓN DIANA	46
4.7	POBLACIÓN ACCESIBLE	47
4.8	RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA	47
4.9	RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	49
4.10	ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	50
4.11	CRITERIOS DE RIGOR	51
4.11.1	<i>Credibilidad</i>	51
4.11.2	<i>Transferencia</i>	52
4.11.3	<i>Confirmabilidad</i>	54
4.11.4	<i>Dependencia</i>	54
4.12	PRESUPUESTO	55
4.12.1	<i>Personal</i>	55
4.12.2	<i>Gastos operacionales</i>	55
4.12.3	<i>Bienes de capital</i>	56
4.12.4	<i>Resumen de recursos solicitados</i>	56
5.	CARTA GANTT	57
6.	REFERENCIAS.....	58

7.	ANEXO N° 1.....	61
7.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
8.	ANEXO N° 2.....	64
8.1	CONSTANCIA.....	64
9.	ANEXO N° 3.....	66
9.1	PAUTA PARA MODERADOR DE GRUPOS FOCALES	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión para el estudio	49
---	----

2. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile, está formada por un equipo de profesionales que cumplen roles de gran importancia en la promoción de la salud, prevención y el tratamiento de enfermedades. Una de las formas de valorar su trabajo es mediante encuestas de satisfacción usuaria, en la que dan a conocer su opinión sobre la atención que reciben de los profesionales, contribuyendo de forma inconsciente a la creación de una representación social de éstos, la que contempla rasgos característicos, la percepción y las creencias que se les atribuyen de acuerdo a la atención recibida. Conocer las representaciones sociales puede generar importantes cambios, con el fin de mejorar la atención brindada por el profesional.

El kinesiólogo integra el equipo de atención primaria de salud, quien debido a lo prolongado y continuo de los tratamientos entregados, y por sus labores en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, pasa mayor tiempo, que otros profesionales en contacto con sus pacientes. Esto influye en la confianza que depositan los usuarios en él, y en la calidad de la comunicación profesional-paciente ⁽⁷⁾, y por supuesto, repercutir en la representación social creada por la población.

Sin embargo, a pesar del rol que cumple el kinesiólogo en atención primaria, en el informe del ministerio de salud con respecto a la satisfacción y calidad percibida en la atención de salud hospitalaria, realizado el año 2013, se menciona al kinesiólogo como parte del equipo multidisciplinario, pero no se le considera en la

evaluación realizada por los usuarios, solo se evalúan profesionales médicos, enfermeros, técnicos paramédicos y personal administrativo ⁽¹⁾.

Por otra parte, en la búsqueda realizada sobre las representaciones sociales del kinesiólogo, no se encontraron estudios en Chile relacionado a éste, en cambio sí se obtuvo información de otros profesionales, de los cuales se destaca uno realizado en la población rural de la región de la Araucanía respecto a profesionales enfermeros ⁽²⁾.

Por lo descrito anteriormente, se concluyó que es importante investigar las representaciones sociales del kinesiólogo, especialmente en la región de la Araucanía, ya que es el contexto social en el que se encuentra la Universidad de Frontera.

La región de la Araucanía, según el censo del año 2002 presenta un importante porcentaje de población rural (46%) ⁽⁴⁾, por lo cual la atención primaria en salud cobra una vital importancia, debido a que geográficamente los centros de atención primaria como lo son los Centros de Salud Familiar (CESFAM), las postas rurales y las estaciones médico rurales, son los más accesibles a dicha población. Una de las comunas del sector cordillerano de la provincia de Cautín con mayor porcentaje de ruralidad es la comuna de Melipeuco, con un 53,93% de población rural ^(3,4). Por lo que resulta relevante y representativo realizar en esta comuna un estudio cualitativo que responda a la interrogante de: ¿Cuáles son las representaciones sociales del kinesiólogo en atención primaria? Con esta

información se podrían generar cambios desde la atención que brinda el kinesiólogo a sus usuarios, hasta la formación profesional de éste.

2.2 Problema de investigación

Todos los profesionales que forman parte del equipo de salud en atención primaria cumplen roles fundamentales en promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamientos de baja complejidad. Es el primer nivel de atención de salud, por lo tanto, el contacto con la comunidad es más constante, de esto surge la gran necesidad de conocer y describir las representaciones sociales de los profesionales.

En la búsqueda sistemática de la información en relación a la representación social del kinesiólogo en atención primaria, no se encontraron estudios al respecto en Chile. No obstante, se encontraron estudios referentes a componentes de la representación social, en países como Brasil, Argentina y España ^(9, 10,11), donde se destacan aspectos como el trato en la atención, comunicación y educación en el tratamiento.

Debido a que lamentablemente no se cuenta con dicha información referida al kinesiólogo, surge la necesidad de conocer la representación social de este profesional, pues esta puede contribuir por ejemplo, a mejorar la calidad de la atención brindada por él, mejorar la adherencia a los tratamientos

2.3 Justificación del estudio

Todo proyecto de investigación debe tener una buena justificación para llevarse a cabo. En este proyecto se consideran los siguientes 5 puntos clave que permiten justificar su realización: Factible, interesante, novedoso, ético y relevante.

2.3.1 Factibilidad

La comuna de Melipeuco se encuentra a 92 kilómetros al oriente de la ciudad de Temuco ⁽⁴⁾. Ésta cercanía de la comuna a la capital regional es una característica importante que permitirá abaratar costos de traslado del equipo de investigación.

Melipeuco está dentro de las comunas que tiene mayor porcentaje de población rural en la provincia de Cautín de la Región de la Araucanía, siendo ésta de un 53,93% ⁽⁴⁾, lo que permitirá el acceso a la muestra necesaria para realizar la investigación. Además, la Universidad de La Frontera actualmente tiene convenio con el Departamento de Salud de la Municipalidad de esta comuna, a través del Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI), este nexo facilitará la gestión de la obtención de datos de los posibles participantes que reciben o recibieron atención kinésica en el Centro de Salud Familiar (CESFAM).

En cuanto al moderador de los grupos focales, se pedirá apoyo al Departamento de Salud Pública de la Universidad de la Frontera, y se contratará al docente experto e interesado en participar de la investigación.

Es importante mencionar que este no es un estudio costoso, además será financiado con fondos concursables de la Universidad de La Frontera, mediante postulación a los fondos para Proyectos de Iniciación a la Investigación y Evaluación de Proposiciones DIUFRO.

2.3.2 Interesante

En la región de La Araucanía, un amplio porcentaje de la población pertenece al sector rural, por lo cual los centros de salud primaria son los más accesibles para esta población. El kinesiólogo como parte del equipo multiprofesional que participa en la atención pública de salud, cumple labores en el ámbito respiratorio y en el área musculoesquelética, además de la prevención y promoción en salud. Principalmente por las características los tratamientos que brinda este profesional, debe éste pasar largos periodos de tiempo en interacción con los usuarios del servicio.

Por lo que resulta interesante describir cuales son las representaciones sociales del kinesiólogo generadas por la población rural, ya que provienen directamente de quienes reciben el servicio, cuya interacción con este profesional es generalmente de largos periodos de tiempo, lo que permitirá conocer tanto las habilidades técnicas o procedimentales, como también las habilidades blandas que reconoce la población.

2.3.3 Novedoso

De acuerdo a la búsqueda sistemática que se realizó en las bases de datos, como Scopus, ISI Web of science, MEDLINE, SciELO, no se encontraron estudios que den a conocer las representaciones sociales que tiene la población rural acerca del kinesiólogo en atención primaria en Chile, solo se encontró información relacionada con otros profesionales del área de la salud. Es por esto, que esta investigación aportará nueva y valiosa información para el área de la kinesiología, la que podría contribuir a la entrega de una atención integral y de calidad a los usuarios.

2.3.4 Ético

Toda investigación debe cumplir con ciertos principios que permitan asegurar que dicho proyecto será realizado de forma ética. Ezekiel Emanuel propone siete requisitos básicos ⁽⁶⁾, que guiarán esta investigación.

Valor

Esta investigación permitirá conocer las apreciaciones de la sociedad con respecto a la atención kinésica, las que se transformarán en una representación social. Esta información puede orientarse a generar mejoras asistenciales, mayor interacción con la comunidad, mayor adherencia de los usuarios al tratamiento impartido por

el kinesiólogo y contribuir en la formación profesional de los estudiantes de la carrera.

Validez científica

La metodología de investigación cualitativa es la más idónea para cumplir el objetivo de esta investigación, el cual está claramente determinado (véase página 45). Además, se utilizarán los siguientes criterios de rigor: dependencia, credibilidad, transferencia y confirmabilidad.

Selección equitativa del sujeto

Se invitará a participar del estudio a los usuarios del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Melipeuco que cumplan con los criterios de inclusión, los cuales están determinados específicamente para el cumplimiento del objetivo del estudio.

Proporción favorable de riesgo-beneficio

Una vez que los datos sean obtenidos, estos serán confidenciales mediante la codificación por sector. Además, se hará devolución de la información a los participantes para la lectura y confirmación de ésta, para asegurar su veracidad.

Los beneficios que se desprendan de esta investigación serán tanto para quienes participan en el estudio, como para la comunidad en general y los profesionales kinesiólogos, generando por ejemplo, una mejor atención al identificar los déficits mencionados por la población en estudio.

Evaluación independiente

Este proyecto de investigación será evaluado por el Comité de ética de la Universidad de la Frontera, quienes velarán por la integridad de los participantes del estudio. Esto es de vital importancia pues la evaluación será realizada por personas ajenas a la investigación y que no presentan intereses personales en ella, lo que disminuirá los sesgos que pudiesen estar presentes en el proyecto.

Consentimiento informado

Se entregará a cada posible participante del estudio un consentimiento informado, el que contendrá los objetivos del estudio, riesgos y beneficios, los derechos de cada participante explicitando que pueden abandonar el estudio cuando lo deseen, y también la forma en que se obtendrán los datos.

El investigador explicará el contenido del consentimiento informado evitando emitir apreciaciones personales que puedan persuadir a los oyentes, y responderá a las posibles preguntas que le sean realizadas. Luego de esto cada participante leerá

detenidamente el contenido del documento, y firmará solo si así lo desea, sin intervención de terceros en dicha decisión.

Cabe mencionar que tanto la redacción del documento como la explicación de tal por parte del investigador, debe realizarse con un lenguaje adecuado, para asegurar la comprensión de la información por parte de los posibles participantes del estudio.

En caso de que algún posible participante no pueda leer ni escribir, debe ser acompañado por alguien de su plena confianza quien le de lectura al documento y expresará su decisión de participar mediante estampado de su huella digital.

Respeto a los sujetos inscritos

Cada participante tiene la libertad de retirarse del estudio cuando lo desee, sin que por esto reciba algún tipo de sanción.

Los datos obtenidos de su participación serán confidenciales, es decir serán codificados por sector una vez obtenidos. Además una vez analizados los datos, dicho análisis será verificado por cada participante para asegurar que estos coincidan con lo que ellos quisieron expresar en los grupos focales.

2.3.5 Relevante

Es importante conocer las representaciones sociales que la población ha formado en relación al kinesiólogo, pues a partir de esta información se pueden generar nuevas estrategias de atención que contribuyan al acercamiento de la kinesiólogía a la comunidad o fomentar más aún esta relación, por ejemplo, difundir los roles y las competencias en atención primaria de salud de un kinesiólogo, potenciar los programas en los que participa, además al conocer los resultados de esta investigación los kinesiólogos podrán modificar su atención de acuerdo a los aspectos que los usuarios valoran de ésta. Todo lo anterior podría mejorar la adherencia de la población a los tratamientos impartidos.

Este estudio también podría mejorar aspectos de la formación académica, como potenciar las habilidades sociales y humanistas durante los años de formación profesional, dando énfasis por ejemplo, en la comunicación terapeuta-usuario, lo que en otros estudios ha sido valorado por la población ⁽⁷⁾.

Un estudio realizado en el hospital de Caldas, Colombia, publicado el año 2004, en el que se investigó la percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud ⁽⁷⁾, cuyos resultados arrojaron que en general existía poca comunicación o esta no era efectiva entre el personal de salud y usuarios, lo que generaba la falta de confianza de parte del usuario hacia los profesionales.

3. CAPITULO II: MARCO DE ANTECEDENTES

3.1 Representación Social

La sociedad es un ente dinámico, que cambia constantemente a lo largo del tiempo, en función de los diferentes cambios en la economía, el descubrimiento de nuevo conocimiento, la implementación de nuevas políticas, etc.

El área de la salud, en específico la kinesiólogía, no queda excluida de estos cambios, y por supuesto la sociedad ha formado una representación de ésta. Es de gran importancia conocer la representación social de dicha profesión, pues esto puede orientar a mejorar aspectos y mantener otros considerados como fortaleza por la sociedad, lo que permitirá crear estrategias en la atención para mejorar la adherencia al tratamiento, entre otras muchas utilidades.

Diferentes autores han estudiado la representación social y han elaborado definiciones para este concepto:

Moscovici la define como: *“La representación social es una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación”*.

Por otra parte, Denise Jodelet la menciona como un saber común o pensamiento social.

Robert Farr menciona que *“...no representan simplemente opiniones acerca de, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y practicas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”*.

María Auxiliadora Banchs por su parte afirma que la representación social es tanto una estrategia para adquirir conocimiento como una forma de transmitir el mismo. Por lo tanto, es una representación mental de la realidad generada en la comunicación entre los individuos.

La representación social entonces es un concepto complejo que integra dimensiones, como lo son la actitud, la imagen, la opinión, el estereotipo, las creencias y la percepción social ⁽⁸⁾.

La actitud, hace referencia a la orientación favorable o desfavorable que se le da al objeto o tema de interés.

La percepción social hace referencia a rasgos que un individuo atribuye a un objeto de interés y no a las características tangibles o visibles. Estudios relacionan al kinesiólogo con términos como movimiento, relajación, calidez y con una persona amable, carismática con capacidad de entrega ⁽⁹⁾. También se establece

una interesante relación entre la fisioterapia y mejoras tanto en lo físico como en el ámbito psicológico, expresado por las personas en estudio, en frases como: *“Mejora sí. Yo estaba deprimida, tenía mucha depresión, me siento bien cuando estoy aquí”* ⁽¹⁰⁾.

La imagen es un reflejo de lo exterior, es una representación más bien gráfica de la realidad, por ejemplo, la imagen representativa para algunos del kinesiólogo realizando un masaje ⁽⁹⁾.

La opinión es una posición que un individuo adquiere frente a un tema ya sea de interés individual o colectivo. En un estudio realizado en Argentina el año 2005 en el que fueron encuestados diferentes profesionales del área de la salud, reveló que en cuanto a la opinión acerca del rol del kinesiólogo, para los médicos en general este es un ayudante, auxiliar o paramédico; para enfermeros y odontólogos, o desconocen el rol del kinesiólogo o lo sitúan como un complemento para la rehabilitación, opinión que también es compartida por los propios kinesiólogos ⁽⁹⁾.

Otro estudio realizado en Brasil con usuarios de atención kinésica, arrojó en sus resultados que para la mayoría de estas personas el kinesiólogo es quien rehabilita, pero algunos usuarios mencionaron que cumple también un rol en la prevención y promoción de la salud ⁽¹⁰⁾. Algunas frases representativas de estas opiniones de los usuarios son:

“fisioterapia es un tratamiento. Cuando usted va a fisioterapia, normalmente cada vez que se quiebra columna, brazo, pierna. Entonces, es decir, aquí usted busca curarse”.

“fisioterapia es una ciencia que vela por mejorar la vida de enfermos, no solo los enfermos, sino de todas las personas, que quieren mantener una salud, debe estar siempre haciendo ejercicios”.

Como se ha visto son muchas las variables que se pueden considerar a la hora de hablar de representación social. Resulta interesante mencionar los resultados de un estudio realizado en España el año 2003, que menciona variables que se podrían evaluar o considerar en esta investigación. El estudio mencionado se titula “Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención”, el que incluyó población de la zona urbana y rural de Valladolid ⁽¹¹⁾.

Las principales áreas relacionadas con la satisfacción percibida por los pacientes de este estudio fueron: accesibilidad a la atención, el tiempo dedicado por el profesional, atención personalizada, la continuidad de los cuidados y las listas de espera.

Dentro del factor “accesibilidad” destacaron otros como cercanía física, facilidad de contacto telefónico y la atención en horario de mañana y tarde. También se menciona la importancia de la atención diaria en sectores rurales: *“Tenemos, por ejemplo, el médico de cabecera todos los días aquí, en casa, que no es como otros pueblos rurales, que el médico va una vez a la semana”.*

En cuanto al tiempo dedicado a la atención, los participantes del estudio mencionan que es un tiempo muy reducido para la atención que requieren la cual no es tan solo física: *“En AP pecan del poco tiempo que tienen para dedicarle a*

cada paciente y muchas veces el paciente requiere más tiempo, porque muchas veces no es tanto la enfermedad como que le atiendas el alma”.

La continuidad en los cuidados es un factor valorado por los participantes, el cual hace referencia al conocimiento entre profesional y paciente y la confianza establecida en dicha relación.

3.2 Kinesiólogo en atención primaria

La construcción de la representación social del kinesiólogo está influida entre otros factores por el grado de conocimiento que la sociedad tenga del quehacer de éste.

La kinesiólogía es la ciencia que se ocupa del estudio y análisis del movimiento, por lo tanto el kinesiólogo es un profesional, cuyas funciones son examinar, tratar y educar a las personas y comunidad, utilizando como base de su tratamiento la valoración funcional del movimiento. Las acciones del profesional en atención primaria de salud están orientadas principalmente a la promoción de hábitos saludables en la población, realización de actividad física como factor protector y a la prevención de patologías respiratorias y musculoesqueléticas comunes en la población.

El kinesiólogo participa de los siguientes programas de salud en atención primaria, orientados a prevención, promoción de salud y tratamiento:

- Programa IRA / ERA
- Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa
- Programa Ayudas Técnicas
- Programa de Artrosis
- Programa Cardiovascular
- Programa de Rehabilitación Integral
- Programa vida sana

3.2.1 Programa ERA

El principal objetivo de este programa es reducir la mortalidad y letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto (ERA), dotando a los centros asistenciales de recursos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de dichas enfermedades tanto agudas como crónicas ⁽¹²⁾.

Este programa ha mejorado el poder resolutivo de la atención primaria de salud, además de cumplir un rol importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias del adulto.

3.2.2 Programa IRA

El programa IRA (infección respiratoria aguda) nace como una necesidad ante los elevados porcentajes de mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas bajas, puntualmente la neumonía, de los cuales alrededor de un 60% de las defunciones ocurría en el domicilio ⁽¹³⁾.

En la actualidad la neumonía sigue siendo la principal causa de fallecimiento infantil, dentro de las enfermedades respiratorias, por otra parte dentro de las IRAs bajas, las más frecuentes son los cuadros bronquiales obstructivos ⁽¹³⁾.

En este programa se brinda diagnóstico, atención y derivación a centros de mayor complejidad. Estas acciones han permitido la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas, disminución de hospitalizaciones por síndrome bronquial obstructivo (SBO), entre otros.

3.2.3 Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa

El programa de atención domiciliaria comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa pudiendo ser física, psíquica o ambas. El programa otorga atención integral en su domicilio tanto al paciente como a su entorno cercano, es decir, familia y cuidador, en el ámbito físico, emocional y social con el fin de

mantener o mejorar su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación ⁽¹⁴⁾.

La Dependencia severa según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) es “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”, es decir, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria ⁽¹⁴⁾.

3.2.4 Programa de ayudas técnicas

El objetivo principal de este programa es contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad de escasos recursos, ayudando a disminuir barreras de comunicación y movilidad ⁽¹⁵⁾.

3.2.5 Programa artrosis

En cuanto a la atención de personas con artrosis, el objetivo principal de este programa es mejorar la capacidad funcional de pacientes mayores de 55 años, el cual contribuye en gran medida en la mejoría de la calidad de vida y en el enfrentamiento que se tendrá con los desafíos y cambios que conlleva el envejecimiento.

El kinesiólogo se enfoca principalmente en la rehabilitación integral y comunitaria de los pacientes, realizando evaluación kinésica funcional y elaborando en base a

este un plan de intervención individual y grupal. El cual está enfocado en controlar el dolor y recuperar la funcionalidad.

Además de realizar trabajos grupales con la comunidad, que se enfoca en promoción de la salud a través de planes de ejercicio y la prevención de nuevas dolencias o patologías ⁽¹⁶⁾.

3.2.6 Programa cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en países desarrollados y también en Chile, y es la atención de primaria de salud la encargada de detectar y manejar los factores de riesgo que presenta la población Chilena.

Los principales factores de riesgo cardiovasculares son el tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus y obesidad.

Este programa una vez que los pacientes han ingresado, incluye atención y controles con diferentes profesionales del equipo interdisciplinario de la atención primaria, que son; médico, enfermera, técnico en enfermería, nutricionista, psicólogo y kinesiólogo quien se encarga de la prescripción de ejercicio ⁽¹⁷⁾.

3.2.7 Programa vida sana

El propósito de este programa es contribuir en la reducción de los factores de riesgo relacionados a hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

Este programa se implementó el año 2015 en 242 comunas del país, brindando atención a 52.950 niños y adultos, entre 2 y 65 años de edad, con obesidad o sobrepeso, con prediabetes o prehipertensión ⁽¹⁸⁾.

El programa vida sana brinda atención médica, consultas y talleres con nutricionistas y psicólogos y sesiones de actividad física dirigida por profesores de educación física o kinesiólogos.

Es importante mencionar que ese programa integra espacios y organizaciones de la comunidad, como juntas de vecinos, liceos, entre otros, para realizar sus actividades e intervenciones.

3.3 Descripción de la comuna de Melipeuco

El Significado en Mapuzungun de la palabra Melipeuco es "Reunión de Cuatro Aguas o Confluencia de Cuatro Ríos". Melipeuco es una comuna perteneciente a la IX Región de la Araucanía, se localiza en el área cordillerana andina de la provincia de Cautín. Se ubica a 33 kilómetros de la comuna de Cunco y a 92 kilómetros de Temuco capital regional, cuyos límites son ⁽⁴⁾:

- ✓ Al Norte con las comunas de Curacautín y Lonquimay.
- ✓ Al Sur, con las comunas de Pucón y Curarrehue.
- ✓ Al Este con las comunas de Lonquimay y Republica Argentina.
- ✓ Al Oeste con las comunas de Vilcún y Cunco.

Las vías de acceso a la comuna se encuentran asfaltadas en su totalidad, se puede acceder tanto en vehículos particulares como en buses rurales, que inician su recorrido desde Temuco, el acceso es por la ruta S51 (Temuco- Cunco- Melipeuco). También se puede acceder a Melipeuco desde Freire por la Ruta S61 en vehículos particulares y buses (Freire- Los Laureles- Cunco - Melipeuco).

La ruta hacia Melipeuco corresponde a una ruta internacional que cruza a Argentina por el paso Icalma, el tramo entre Melipeuco e Icalma está en proceso de ser asfaltado en su tramo inicial ⁽¹⁸⁾.

3.3.1 Aspectos Sociodemográficos de la Comuna

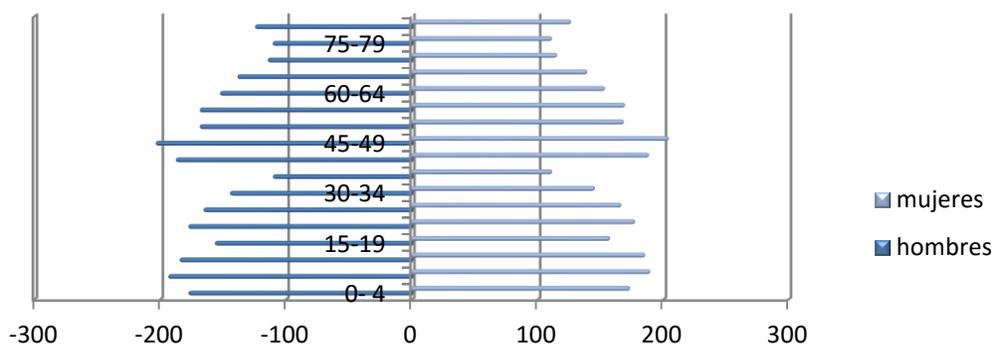
3.3.1.1 Población y Superficie

La comuna de Melipeuco posee una superficie de 1.107,3 Km², correspondientes al 3,5% de la superficie regional, con una densidad de 5,08 habitantes/Km². La cantidad de habitantes según el CENSO 2012 fue de 5.782 personas ⁽¹⁹⁾.

3.3.1.2 Pirámide de la Población

La comuna se encuentra en un periodo de transición demográfica, con tendencia a disminuir el porcentaje de población joven y al aumento de personas de edad avanzada. Según el Instituto nacional de estadísticas, la proyección de la población período 2012 – 2020, se encontraría en vías de envejecimiento, debido a que la natalidad en la comuna estaría disminuida. Además, la población adulta y adulta mayor está aumentada en relación a la población joven y adolescente.

Gráfico 1: Proyección Población 2012- 2020



Fuente: Instituto nacional de estadísticas, proyección de población años 2012-2020

3.3.1.3 Población Urbana y Rural según Sexo

En el año 2014, la población de la comuna se distribuye, según sexo en: 2.902 hombres (50,18%) y 2.880 mujeres (49,82%). En relación a la distribución de la población según urbano o rural, el instituto nacional de estadísticas indicó que 2.664 habitantes corresponden al área urbana (46,07%) y 3.118 habitantes pertenecen al área rural (53,93%) ⁽⁴⁾.

3.3.1.4 Tramos Etarios de la Población

La mayor cantidad de habitantes se concentra entre los 35 a 59 años, esto corresponde al 30,99% de la población total. Le sigue el tramo de población entre los 15 a 34 años, que representan el 27,31%. Se observa además que la población menor a 15 años y la de 60 o más años, se comportan de manera similar en cuanto a cantidad de habitantes, representando el 21,24% y el 20,46% respectivamente.

3.3.1.5 Etnia

La etnia mayoritaria en la comuna de Melipeuco es la Mapuche, alcanzando un total de 2.164 personas el año 2011. Hasta el año 2006 en la encuesta CASEN existían en la comuna registros de representantes de las etnias Aymara y Atacameña, a partir del año 2009 no figuran representantes de ambas etnias contabilizadas en la comuna ⁽²⁰⁾.

3.3.2 Descripción del Centro de Salud Familiar

El CESFAM de Melipeuco está ubicado en el área urbana de la comuna, y es el único Centro de Salud, que presta atención primaria, a toda la población de Melipeuco, tanto del área urbana como rural.

El establecimiento más cercano es el Hospital de Cunco distante a 36 Km. al poniente de Melipeuco y es donde se derivan en primera instancia a aquellos pacientes que requieran atención en centro de mayor capacidad resolutive.

El Centro de Salud Familiar de Melipeuco es administrado por la Municipalidad de la comuna y corresponde al Servicio de Salud Araucanía Sur, que a su vez está inserto dentro de la Red macro regional extremo sur. El principal objetivo de esta red es propender al desarrollo descentralizado de las diferentes especialidades y equipos de salud.

Las derivaciones a especialidades se hacen a través de la red, por cupos asignados en forma mensual por el Hospital Hernán Henríquez Aravena y Consultorio (CRS) Miraflores.

El CESFAM de Melipeuco, cuenta con dos salas de atención kinesiológica, estas son:

- Sala de rehabilitación para patologías musculoesqueléticas.
- Sala IRA/ERA.

Los kinesiólogos del CESFAM, además se desempeñan en los programas de salud cardiovascular, visitas domiciliarias, programa de ayudas técnicas y programa de postrados tanto en el sector urbano como rural de la comuna.

Existen 9 estaciones medico rurales que son Molulco, Palihuepillan, Alpehue, Tracura, Sahuelhue, Cherquén, Escorial, Casa Blanca y Huechelepún se realizan en promedio 13 rondas mensuales, lo que da un total anual de 157 salidas a terreno del equipo médico (Médico, Enfermera, Matrona, Psicóloga, Educadora, Asistente Social), que van en apoyo a la labor preventiva-asistencial que realizan los TENS en cada posta. En el año 2015 se suma la ronda del equipo dental dos veces por semana a la Posta de Santa María de Llaima.

El Departamento de Salud Municipal de Melipeuco, cuenta con una división territorial distribuida en 3 sectores, los cuales se describen a continuación:

1. Sector Sta. M^a de Llaima (Verde): Compuesto por el sector urbano que va desde la calle Caupolicán hacia la costa y el sector rural aledaño (Los Mallines, el Manzano, San Lorenzo, el retiro, Matanza) incluyendo los sectores rurales de la posta Sta. María de Llaima.
2. Sector Cumcumllaque (Rojo): Compuesto por el sector urbano que va desde la calle Caupolicán hasta la calle Arauco y el sector rural aledaño al volcán (Sta. Julia, El Membrillo, Pangueco), además de los sectores de Huallerope y paile-paile, incluyendo los sectores de la posta de Salud Rural de Cumcumllaque.

3. Sector Carén (Amarillo): Compuesto por el sector urbano que va desde la calle Arauco hacia la cordillera y el sector rural aledaño (Escorial, tricura) incluyendo los sectores rurales de la posta de Carén.

3.4 Revisión de literatura

La revisión de los artículos seleccionados e incluidos en el análisis, se realizó conforme a la guía CASPe (Critical Appraisal Skills Program, España) exclusiva para artículos de tipo cualitativo (5). A continuación, se presenta la revisión de los 2 artículos seleccionados.

Promoción de la salud en unidades básicas: análisis de las representaciones sociales de los usuarios sobre el papel de la fisioterapia ⁽¹⁰⁾

Este estudio realizado en Brasil, de tipo cualitativo, tuvo como objetivo: identificar las representaciones sociales de los usuarios sobre la salud y la atención de los fisioterapeutas en el proceso salud/enfermedad, además de verificar como las representaciones de los usuarios influyen en los propósitos de estos grupos.

La selección de los participantes se realizó por conveniencia, seleccionando a aquellos registrados en el servicio de salud y que hayan asistido a fisioterapia. Los interesados firmaron un consentimiento informado.

Se realizan entrevistas semi-estructuradas a 21 personas (6 hombres y 15 mujeres) divididas en 4 grupos, el número de participantes se determina por redundancia de información al realizar las entrevistas. Las respuestas fueron gravadas con autorización de los participantes y posteriormente transcritas, luego fueron entregadas a los participantes para su lectura y confirmación de la información entregada.

Los resultados fueron divididos en 5 tópicos para el análisis:

- Salud como ausencia de enfermedad
- Dependencia del grupo
- Fisioterapia ligada a la rehabilitación física y la promoción de salud
- Fisioterapia ligada a las mejoras psicológicas
- Humanización de la asistencia fisioterapéutica.

El presente artículo es congruente en la elección del método cualitativo, por medio del cual se pretende explorar experiencias y la representación social, considerando al sujeto con creencias, valores e ideales y además como participe de un grupo social.

Cabe destacar que la selección de los participantes fue por conveniencia, sin embargo, no se especifica criterios de inclusión y exclusión dentro de las estrategias para esta selección, lo que se considera como algo fundamental para la realización del proyecto.

Dentro de los resultados de esta investigación se destaca la capacidad de la población para reconocer sus necesidades en la mantención de su salud. Pero colectivamente se aprecia un desconocimiento del rol y los objetivos de trabajo del fisioterapeuta en el campo de la salud. Gran parte de los usuarios lo relacionaron con rehabilitación física, solo algunos participantes conocen, por ejemplo, su participación en promoción de salud y prevención de enfermedades. Otros usuarios también consideran que son un beneficio tanto físico como psicológico,

reconociendo su satisfacción en la atención por la humanización de los profesionales y las mejoras en la calidad de vida.

Por lo anunciado en el párrafo anterior, y considerando la ausencia de estudios de esta índole en Chile, los profesionales tienen la responsabilidad de ampliar el área de investigación, y no centrarse únicamente en la visión científica, sino avanzar en el modelo biopsicosocial.

Percepciones y experiencias relacionadas a los pacientes para evaluar la calidad de la interacción con los fisioterapeutas durante la rehabilitación ambulatoria: un estudio cualitativo ⁽²³⁾.

Este estudio realizado en España, buscaba identificar elementos de la interacción paciente-fisioterapeuta que son considerados por los pacientes cuando ellos evalúan la calidad de la atención; para esto se realizaron 9 grupos focales, 3 en cada centro de salud ambulatoria de la red de España (Barcelona, Sevilla y Madrid), fue aprobada por el comité de ética de la universidad de Murcia. La selección de los participantes se realizó por conveniencia; cumplieron los criterios de inclusión y exclusión 95 pacientes, las entrevistas se realizaron con 57 pacientes, el resto no aceptó ser parte del estudio. La convocación de los participantes se llevó a cabo por una asistente de investigación quien entregó una carta a los participantes, donde se relataba una pequeña explicación de la investigación, día y fecha de las entrevistas, además se encargó de confirmar la asistencia por teléfono de los participantes 2 días antes del encuentro.

Las entrevistas fueron guiadas por un moderador, quien contaba con una guía de los temas a tratar durante la sesión, la duración de las entrevistas fue en promedio de 1 hora, y fueron grabadas en audio. En las entrevistas se contó con la participación del investigador, quien tomó notas de las intervenciones de los pacientes. Se alcanzó la saturación de los datos con los 9 grupos focales, las entrevistas fueron transcritas textualmente y codificadas por los dos entrevistadores de forma independiente, luego se reunieron para llegar a consenso de la codificación. En cada etapa de la investigación se contó con un autor independiente para respaldar que el análisis de los temas fuera sistemáticamente respaldado por los datos. Esta investigación no deja de manifiesto la firma del consentimiento informado por parte de los participantes, solo deja de manifiesto que se les pidió verbalmente su autorización para grabar la sesión y confidencialidad de los temas tratados en la entrevista.

Los resultados fueron divididos en 3 tópicos, esto luego del análisis de los datos por parte de los investigadores:

- Modales interpersonales
- Proporcionar información y educación
- Experiencia técnica

De estos resultados se deduce que los pacientes valoran la calidad de la atención en relación a las habilidades comunicativas del kinesiólogo; descrito como amable y respetuoso así como también de su experiencia técnica, ya sea para entregar educación e información, especialmente al comienzo del tratamiento, así como

también las habilidades prácticas del fisioterapeuta, esta última por comparación con otros fisioterapeutas.

Esta investigación tiene limitaciones las cuales quedan de manifiesto, como por ejemplo, que el estudio fue retrospectivo, es decir, los resultados se basaron en los recuerdos de los pacientes, por lo cual es posible que se recuerden los extremos de los hechos, lo muy bueno o lo muy malo de la interacción con el fisioterapeuta, se propone un estudio longitudinal y prospectivo donde exista seguimiento a los pacientes durante todo el proceso de rehabilitación, esto puede ofrecer comprensión adicional sobre qué elementos influyen la percepción de la calidad de la atención.

4. CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño de investigación

El diseño de investigación más apropiado para cumplir con el objetivo propuesto es un diseño de carácter cualitativo, ya que las representaciones sociales son la relación existente entre las distintas perspectivas subjetivas de los usuarios y el ambiente en el que se desenvuelven, por lo que este método permite la comprensión de perspectivas, opiniones, significados, basadas en experiencias y relación con el entorno. Este diseño permite observar los temas de la investigación sin alterar o imponer un punto de vista a los usuarios en relación al tema del estudio ^(22,24).

El diseño cualitativo permite obtener información subjetiva, en las que todas las perspectivas son valiosas, lo que conlleva a la exploración de distintas interpretaciones sociales ya que no existe una realidad única ⁽²²⁾.

Dentro del diseño cualitativo existen diferentes técnicas para la recolección de la muestra y de los datos. En este estudio se utilizará la técnica de participantes voluntarios y muestras en cadena, y grupos focales respectivamente ⁽²²⁾.

4.2 Supuestos

- La imagen social del kinesiólogo está mayormente relacionada a su trabajo en las áreas musculo-esquelético y respiratoria.
- El kinesiólogo es considerado un profesional amable, comprometido, responsable y que explica a los pacientes sus patologías y su tratamiento de forma clara.
- La población rural de Melipeuco opina que el kinesiólogo es el componedor de la medicina occidental.

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales a cerca del kinesiólogo por parte de la población rural usuaria de los servicios de atención primaria de la comuna de Melipeuco en el año 2017?

4.4 Objetivo General

Describir las representaciones sociales a cerca del kinesiólogo por parte de la población rural usuaria de los servicios de atención primaria de la comuna de Melipeuco.

4.5 Objetivos específicos

- Describir la percepción que tiene la población rural de la comuna de Melipeuco sobre el trato que recibe del kinesiólogo en atención primaria de salud.
- Describir la percepción que tiene la población rural de la comuna de Melipeuco a cerca de la empatía del kinesiólogo durante la atención.
- Identificar factores psicosociales valorados por la población rural en relación a la atención kinésica.
- Conocer la opinión de los usuarios de atención primaria de la comuna de Melipeuco sobre la educación que reciben del kinesiólogo en relación a su plan de tratamiento.
- Conocer la opinión que tiene la población rural de la comuna de Melipeuco sobre el respeto que el kinesiólogo demuestra hacia ellos.
- Conocer la credibilidad los usuarios de la población rural en la comuna de Melipeuco sobre la efectividad del tratamiento kinésico recibido en atención primaria de salud.

4.6 Población Diana

La población Diana de este estudio corresponde a toda la población rural de la comuna de Melipeuco, que según el instituto nacional de estadísticas corresponde a 3.118 habitantes ⁽⁴⁾.

4.7 Población accesible

Constituida por la población rural que recibe o ha recibido atención kinésica en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Melipeuco.

4.8 Recolección de la muestra

El muestreo será realizado por conveniencia y muestras en cadena (“bola de nieve”). La primera técnica consiste en obtener la muestra mediante casos disponibles a los cuales se tiene acceso; en este caso se solicitará un listado de personas que hayan recibido o reciban atención kinésica en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Melipeuco, y la segunda consiste en que un participante informe de más personas que pudieran participar de la investigación (22).

Para la recolección de la muestra se pedirá autorización a la dirección del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Melipeuco, con el fin de obtener los datos de los usuarios que recibieron hace no más de 2 años o reciben actualmente atención kinésica (ANEXO 2). Se contactará a los posibles participantes del estudio para invitarlos junto a un acompañante si así lo desea, a una charla informativa, donde se dará a conocer el propósito de la investigación y características generales. También se preguntará al momento de contactarlos si conocen a alguien que pudiese interesarse por el estudio y que haya sido

acompañante de alguien que recibió dicha atención, por ejemplo los padres en el caso de que los usuarios sean menores de edad.

Se seleccionarán los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión (tabla 1), los que serán convocados a una segunda reunión donde cada uno firmará un consentimiento informado (ANEXO 1) el que será previamente explicado con un lenguaje adecuado posterior a una lectura conjunta. Las dudas que surjan se responderán en el momento.

Establecer un número exacto para la muestra no es algo propio de una investigación cualitativa, pues ésta se determinará a medida que avanza la investigación, pero se puede proponer un número aproximado para la metodología que será usada, que correspondería a un mínimo esperado de 36 personas, según la cantidad de grupos focales predeterminados. El número final de la muestra dependerá de la saturación de la información.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión para el estudio

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mayores de 18 años	Dificultades auditivas
Residencia en un sector rural de la comuna	Facultades mentales alteradas
Que se encuentre inscrito en el CESFAM de la comuna de Melipeuco.	Atención recibida hace más de dos años.
Que ha recibido o reciba atención kinésica o que haya sido acompañante.	

4.9 Recolección de los datos

Posterior a la firma del consentimiento informado, la recolección de datos se realizará por medio de grupos focales (focus groups), que consiste en una entrevista grupal. Este método permite que los participantes interactúen en torno a uno o varios temas de interés en el planteamiento de la investigación en un ambiente cotidiano, relajado e informal. Los participantes serán guiados por un moderador especialista, quien deberá conocer el tema, estimular la participación, evitar monólogos, entre otros ⁽²²⁾. Además en las entrevistas se contará con un ayudante quien deberá tomar notas de las intervenciones de los participantes, recordar al moderador los temas de la pauta (ANEXO 3), entre otros.

La información obtenida en estos grupos será grabada tanto en audio como video, luego serán transcritas y analizadas junto con las anotaciones o notas de campo que realice el ayudante sobre las intervenciones de los participantes, es decir, se analizará la información tanto verbal como no verbal de la entrevista al grupo focal.

En el presente estudio se realizarán preliminarmente 6 grupos focales, 2 por cada sector de la comuna, según la división del departamento de salud municipal de Melipeuco, es decir, se realizarán 2 grupos focales en el sector Sta. M^a de Llaima (verde), sector Cumcumllaque (rojo) y en el sector de Carén (amarillo) cada uno de estos con la participación de 6 personas de la localidad, el tamaño final de los grupos será dependiente de la saturación de la información a medida que la investigación avance.

4.10 Análisis de los datos

Con el fin de aumentar la validez y consistencia del análisis de hallazgos, se realizará una triangulación de datos, ya que se contará con variadas fuentes de información, siendo estas audiovisuales, transcripciones de audios, notas de campo del ayudante, expresiones verbales y no verbales, etc.

El investigador y los co-investigadores analizarán cada dato obtenido de los grupos focales, estos datos serán organizados en categorías, que son conceptos, experiencias, hechos relevantes que van surgiendo durante el análisis. Es probable que se obtengan bastantes datos, por lo cual, el análisis se realizará mediante el

programa de análisis cualitativo ATLAS TI, que permitirá; codificar los datos y relacionar conceptos, categorías y temas. El investigador agregará los datos obtenidos, y con el apoyo del programa los codifica de acuerdo con el esquema que se haya diseñado.

Es importante recordar que el análisis de los datos ocurre en forma paralela a la recolección de estos, por lo tanto, cuando no se encuentre nueva información (se alcanza la saturación de los datos), el análisis concluye al igual que la recolección de los datos.

Para una mayor credibilidad y por razones éticas, se realizará una reunión posterior a la realización de los grupos focales, para que los participantes puedan verificar que los datos obtenidos concuerden con lo que ellos querían expresar.

4.11 Criterios de rigor

4.11.1 Credibilidad

Se define como la correspondencia existente entre la percepción expresada por los participantes y la manera en que el investigador lo plasma ⁽²²⁾.

Este criterio se cumplirá mediante los siguientes puntos:

- Se considerarán todos los datos importantes, aunque estos sean diferentes a las creencias de los investigadores.
- No se dirigirá en exceso la conversación en los grupos focales, para permitir una expresión libre.

- Se realizará triangulación de datos (la información será recabada en audio, video y notas de campo, además de incluir acompañantes de quienes han recibido atención kinésica y quienes la reciben o han recibido directamente).
- Se realizará triangulación por investigadores con el fin de obtener mayor riqueza interpretativa y analítica, cada investigador analizará la información obtenida, para luego reunirse y llegar a consenso.
- Se realizará un chequeo de la información por parte de los participantes, para verificar si lo que ellos querían expresar es lo que se plasma en los datos.
- Se realizará una descripción detallada del contexto en que se recabaron los datos (expresiones verbales y no verbales).

4.11.2 Transferencia

Este criterio hace referencia a que parte de los resultados o su esencia pueda aplicarse a otros contextos. Esto no quiere decir que se puedan generalizar a una población más amplia ya que esta no es la finalidad de un estudio cualitativo, pero puede dar una pauta para otros estudios o contribuir a un mayor conocimiento de un fenómeno ⁽²²⁾.

Para contribuir a una mayor transferencia se describirá de manera detallada los participantes, los materiales, el contexto social y demográfico, además del momento del estudio.

4.11.3 Confirmabilidad

Está directamente relacionado al criterio de credibilidad y a la minimización de los sesgos ⁽²²⁾.

Para una mayor confirmabilidad de este estudio, dentro de los criterios de exclusión, se contempla que los participantes hayan recibido atención kinésica o hayan sido acompañantes de uno de éstos, hace más de dos años. Esto para evitar que los participantes hayan olvidado detalles y solo recuerden episodios puntuales.

Además de lo anterior, se considerarán los mismos puntos mencionados en el criterio de credibilidad.

4.11.4 Dependencia

Se refiere al hecho de que los investigadores lleguen a resultados similares, luego de la recolección y posterior análisis de los mismos datos, por este motivo esta investigación posee variadas fuentes para obtener la información requerida (audio, videos, notas de campo, transcripciones).

Para asegurar el cumplimiento de este criterio, se explica con detalles los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, la metodología a utilizar para recabar los datos (grupos focales), se detalla el proceso de recolección de la muestra, recolección de los datos y el posterior análisis de estos.

4.12 Presupuesto

4.12.1 Personal

Recursos humanos	Costos
Investigador responsable	-
Primer co-investigador	-
Co-investigador	-
Moderador de grupos focales	\$ 200.000
Asistente audiovisual	\$ 50.000
Ayudante de transcripción	\$ 200.000
Viáticos	\$150.000
Total	\$ 600.000

4.12.2 Gastos operacionales

Recursos	Costo
Coffe break	\$ 30.000
*Pasajes	\$ 72.000
Artículos de oficina	\$ 8.000
Gastos telefónicos	\$ 10.000
Total	\$120.000

*Se le dará a cada participante un total de \$2.000 para gastos de locomoción.

4.12.3 Bienes de capital

Bienes	Costos
Computador portátil	\$ 200.000
2 Grabadoras de audio	\$ 17.000
Cámara de video	\$ 200.000
Impresora	\$ 20.000
*Software ATLAS TI	-
Total	\$ 437.000

*el investigador responsable cuenta con el software, por lo que no se contemplará en el presupuesto.

4.12.4 Resumen de recursos solicitados.

Recursos	Total
Personal	\$600.000
Operacional	\$120.000
Bienes de capital	\$437.000
Total	\$ 1.157.000

6. Referencias

1. Superintendencia de salud. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global. Departamento de Estudios y Desarrollo. 2013.
2. Marilaf M, Alarcón A, Illesca M. Rol Del Enfermero/a Rural en la Región De La Araucanía Chile: Percepción De Usuarios y Enfermeros. Ciencia y Enfermería XVI. 2011; 2(1): 111-118.
3. Instituto nacional de estadísticas. Compendio estadístico Regional. Dirección Regional de la Araucanía. 2013.
4. Ilustre Municipalidad Melipeuco. Plan de Salud Municipal 2016. Comuna de Melipeuco: Departamento de Salud Municipal; 2015.
5. Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
6. Rodríguez yunta, E. Comités de evaluación ética y Científica para la Investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Acta Bioethica. 2002; 1.
7. Jaramillo Echeverri L, Pinilla Zuluaga C, duque hoyos M, González duque L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud. Index Enferm. 2004; 13.
8. Mora, M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital Universidad de Guadalajara. 2002; 2.

9. D, Angelo, B, Silvia. Imagen social del kinesiólogo. Universidad Nacional Del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2005;124
10. Gontijo agosto V, Ferreira de Aquino C, Chaves machado N, aparecida Cardoso V, Ribeiro, S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. Ciênc saúde coletiva. 2009;16(1)
11. Redondo Martín, S, Bolaños gallardo, E, Almaraz Gómez, A, Maderuelo Fernández, J.A. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Aten primaria. 2005;36(7)
12. Ministerio de Salud. Guía Clínica Asma Bronquial del Adulto. Santiago: MINSAL, 2013.
13. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE Infección Respiratoria Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 Años. (2da ed.). Chile.2013.
14. Ministerio de salud. Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. División de Atención Primaria Subsecretaria de Redes Asistenciales. 2014; 1: 5-6.
15. Fondo nacional de discapacidad. Informe Final de Evaluación Programa de Ayudas Técnicas. Ministerio de Planificación. 2008; 1.
16. Ministerio de salud. Guía Clínica Tratamiento Médico en Personas de 55 Años y Más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada. Santiago: MINSAL, 2009

17. Ministerio de salud. Programa de Actividad Física para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Cardiovasculares. Programa Salud Cardiovascular. 2004; 1.
18. Ministerio de Salud. Cuenta pública. Chile 2015
19. Plan de Desarrollo Comunal Comuna de Melipeuco. Informe Comunal. [Online]. 2012 - 2016 [cited 2016 Junio 10. Available from: <http://www.melipeuko.cl>.
20. Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO. [Online]; 2012 [cited 2016 junio 10. Available from: <http://www.ine.cl>.
21. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. [Online]; 2003, 2006, 2009, 2011 [cited 2016 junio 10.
22. Hernández Sampieri R, Fernández collado C, Baptista lucio M. Metodología de la investigación. (5ta ed.). México: McGraw- Hill companies; 2010. P.343-490.
23. Del Baño-Aledo M, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Collins S. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy* [Internet]. 2014; 100(1):73-79. Disponible en:[http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(13\)00052-7/abstract](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(13)00052-7/abstract).
24. Flick, U., Introducción a la Investigación Cualitativa, Ediciones Morata S. L., Madrid, 2004.

7. ANEXO N° 1

7.1 Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado(a) a participar del siguiente estudio: *¿Cuáles son las representaciones sociales a cerca del kinesiólogo por parte de la población rural usuaria de los servicios de atención primaria de la comuna de Melipeuco en el año 2017?*, el cual tiene como objetivo describir la percepción, opinión, creencias y factores psicosociales valorados por la población rural en la atención que brinda el kinesiólogo.

Los participantes de este estudio viven en zonas rurales de la comuna de Melipeuco, son mayores de 18 años y han tenido atención kinésica hace no más de 2 años. Usted al cumplir con estos requisitos es apto para formar parte de esta investigación.

Su participación consistirá en asistir a una reunión de grupo con otros participantes, con la finalidad de conversar e intercambiar opiniones con respecto a la atención recibida por parte del kinesiólogo. Un entrevistador será el encargado de guiar y realizar preguntas durante la reunión, la cual además será filmada y grabada para posterior análisis.

Su identidad y la información entregada serán completamente confidenciales ya que al realizar los registros en el estudio se utilizarán códigos para proteger sus datos personales.

El estudio no implica ningún tipo de riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ninguna naturaleza. Si decide retirarse en algún momento puede hacerlo cuando lo desee.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal o directo al participar del estudio. Sin embargo, la importancia de conocer su opinión tiene el propósito de generar nuevo conocimiento, que será de gran utilidad para mejorar la atención a la población de parte del kinesiólogo.

El propósito de este documento es ayudarle a tomar la decisión de participar o no del estudio de manera informada. Usted tiene el derecho a una copia de este consentimiento para pensar sobre su participación o para discutirlo con familiares, amigos antes de tomar una decisión.

Si existe alguna duda, tiene la libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que necesite aclaración. Puede hacerlo al investigador del estudio Evelin Crisosto.

Yo _____ RUT _____

Pertenece al sector _____

He accedido a ser parte voluntariamente del estudio ya que he comprendido cual será mi participación, los propósitos, riesgos y beneficios de éste. Y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.

Firma participante_____

Firma investigador responsable_____

Nombre moderador_____ firma del moderador_____

8. ANEXO N° 2

8.1 Constancia



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

CONSTANCIA

Don XXXX

Director CESFAM de la comuna de Melipeuco

Presente

Señor XXXX, director CESFAM de la comuna de Melipeuco por medio de la presente dejo constancia de la autorización al equipo de investigación del protocolo titulado “*Representaciones sociales acerca del kinesiólogo generadas por la población rural usuaria de los servicios de atención primaria de la comuna de Melipeuco en el año 2017*”, para acceder a los datos de los usuarios que reciben o han recibido hace no más de dos años, atención kinésica en este establecimiento. Los datos solicitados tendrán como objetivo reclutar participantes que entregarán información relevante en cuanto a su opinión y percepción del kinesiólogo. Dicha información se obtendrá mediante grupos focales que se realizaran en sectores rurales de la comuna.

Para proteger el anonimato de los usuarios, durante el análisis no se utilizará el nombre ni Rut, ya que serán reemplazados por códigos, por lo que se mantendrá la confidencialidad durante todo el proceso de investigación.

Por lo expuesto anteriormente, entrego el apoyo para la realización de dicha investigación con usuarios del CESFAM que dirijo.

Firma

9. ANEXO N° 3

9.1 Pauta para moderador de grupos focales

1. ¿Quién es para usted el kinesiólogo?
2. ¿Cómo se sintió durante el tratamiento recibido o que recibe?
3. ¿El kinesiólogo fue empático durante el tratamiento?
4. ¿Entendieron las indicaciones que entregó el kinesiólogo?
5. ¿Cómo se mostró el kinesiólogo en relación a su cultura?
6. ¿El kinesiólogo fue respetuoso durante su atención?
7. ¿Considera que el tratamiento recibido fue efectivo?