

Imagen social del kinesiólogo en atención primaria de salud: una experiencia chilena

Social image of physiotherapist in primary health care: A Chilean experience

Priscila Reyes-Reyes y Mauricio Barría-Pailaquilén

Recibido 20 octubre 2018 / Enviado para modificación 14 diciembre 2018 / Aceptado 27 febrero 2019

RESUMEN

Objetivo Describir las percepciones de pacientes ambulatorios de atención primaria sobre la imagen social del kinesiólogo y su rol profesional.

Método Estudio cualitativo fenomenológico en usuarios mayores de 18 años de tres centros de atención primaria de Valdivia, Chile. Por criterio de saturación de datos se incorporaron 21 participantes mediante muestreo intencional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas analizadas con el método Colaizzi.

Resultados Surgieron dos temas principales: "conocimiento del rol del kinesiólogo" y "valor otorgado al kinesiólogo". La imagen social sigue débil y no bien reconocida por los usuarios, algunos de los cuales solo la identifican al acceder a terapia. Se percibe su rol en las áreas de rehabilitación, trastornos esqueléticos y terapia respiratoria, asignando una valoración diferencial dentro del equipo de salud.

Conclusión En Chile hay desconocimiento sobre la esencia y foco de la kinesiología siendo una profesión poco visible con un campo del quehacer no reconocido plenamente.

Palabras Clave: Fisioterapia; rol profesional; atención primaria de salud; investigación cualitativa (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To describe the perceptions of primary care outpatients about the social image of physiotherapists and their professional role.

Materials and Methods A qualitative phenomenological study was carried out in patients over 18 years of age, who were recruited from three primary care centers of Valdivia, Chile. Based on saturation data criterion, 21 participants were enrolled using purposeful sampling. Semi-structured interviews were conducted, which were analyzed using the Colaizzi method.

Results Two main topics emerged: "knowledge of the physiotherapist role" and "value given to the physiotherapist". The social image is still weak and not well recognized by users, since some of them only identify it once they have access to therapy. Their role in rehabilitation, skeletal disorders and respiratory therapy areas is acknowledged, assigning a differential valuation within the health team.

Conclusion In Chile, knowledge on the essence and focus of physiotherapy is scarce, and the profession is still little visible with a field of work not fully recognized.

Key Words: Physical therapy specialty; professional role; primary health care; qualitative research (*source: MeSH, NLM*).

En 1998, el Colegio de Kinesiólogos de Chile (1) encargó un estudio de opinión pública que reveló, entre otros aspectos, claro desconocimiento sobre la Kinesiología como disciplina, su objeto de estudio, técnicas de trabajo y lugar donde se desempeña. Además, se evidenció desconocimiento y confusión de roles sobre

PR: Kinesióloga. Lic. Kinesiología. Unidad de Paciente Crítico, Hospital Base Valdivia, Chile. priscila.reyes89@gmail.com
MB: Enf. M. Sc. Epidemiología Clínica, Ph. D. Salud Pública, Unidad de Kinesiología, Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. rbarria@uach.cl

la función del kinesiólogo y una tendencia a confrontar su accionar con el modelo médico, situando al kinesiólogo entre el médico y traumatólogo. Esto, aun cuando la historia de la Kinesiología en Chile se inicia a partir de 1889, pero con un lento desarrollo en sus primeros treinta años dado el desconocimiento de los beneficios del ejercicio terapéutico metódico para los enfermos (2).

Sin embargo, a pesar de que constituye un área de formación que tiene alta demanda por parte de los estudiantes de secundaria, a nivel general de la población el valor del rol profesional y el conocimiento del quehacer de los kinesiólogos es aún limitado y, por ende, la imagen social de este profesional es reducida. Cabe mencionar que la dimensión social se refiere a la percepción, aceptación y ratificación de la sociedad en su conjunto acerca de las prácticas de una disciplina determinada.

En Estados Unidos se ha reportado 57,4% de personas que nunca han acudido al fisioterapeuta y que el público utilizaría los servicios de los fisioterapeutas como profesionales de atención primaria si fueran conscientes de esta opción (3).

En España (4,5) se ha concluido que los ciudadanos identifican al fisioterapeuta y saben a qué se dedica profesionalmente, pero desconocen los beneficios que pueden derivarse de los servicios que ofrece y se ha observado escaso conocimiento de la fisioterapia en atención primaria por parte de la población general. Otra experiencia en Estados Unidos demostró que si bien se reconoce en los fisioterapeutas su experiencia en aspectos relacionados con el movimiento y ejercicio, y su conocimiento de la fisiopatología de enfermedades y lesiones agudas y crónicas, el papel de la fisioterapia en la atención de salud de la comunidad es esencialmente desconocida (6). En contraste, en Australia la fisioterapia ocupa una posición de alto prestigio tanto dentro de la profesión como entre el público en general. En Chile, así como en otros países latinoamericanos, no se dispone de información sobre la imagen social que los pacientes y usuarios tienen de este profesional (7).

Los kinesiólogos, que se homologan a los fisioterapeutas en otros países, se han incorporado cada vez más a diferentes espacios de desarrollo profesional tanto clínicos hospitalarios como ambulatorios y han incrementado su nivel de autonomía profesional. En consecuencia, hoy se observa un mayor acceso directo a los usuarios y pacientes; esto obliga a establecer cuáles son las necesidades, expectativas y conocimiento que tienen usuarios y pacientes sobre la atención y servicios otorgados por kinesiólogos. Consecuentemente, este estudio tuvo por objetivo explorar la percepción sobre la imagen social y rol profesional del kinesiólogo que poseen pacientes y usuarios ambulatorios de atención primaria.

MÉTODO

Diseño de estudio

Para responder pertinentemente a la pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción de los pacientes y usuarios de atención primaria sobre el rol e imagen social del kinesiólogo? y conforme la naturaleza subjetiva del fenómeno en estudio, se optó por un estudio cualitativo. Se eligió la tradición fenomenológica descriptiva de Husserl (8,9). La fenomenología descriptiva es utilizada para llegar a significados verdaderos a través de la participación a fondo de la realidad y se valora la experiencia de los fenómenos según la percepción de la conciencia humana que debe ser un objeto de estudio científico y que hay características de cualquier experiencia vivida que son comunes a todas las personas que tienen la experiencia (8). De esta forma la fenomenología es un método cualitativo, inductivo de la investigación que tiene que ver con la comprensión de la forma en que las personas existen en el mundo, y la experiencia vivida de los eventos cotidianos. En este caso, la experiencia de usuarios que acceden a servicios profesionales de kinesiólogos.

Contexto, participantes y muestreo

El estudio se realizó en los tres centros urbanos de atención primaria de la ciudad de Valdivia, Chile, que son dependientes del Departamento de Salud Municipal. Todos estos centros cuentan con profesionales kinesiólogos que brindan atención en diferentes ámbitos. La población de interés para esta investigación estuvo conformada por usuarios mayores de 18 años, de ambos sexos, que requirieron atención por kinesiólogo en alguna de las unidades de prestación de servicios kinésicos. Se empleó un muestreo intencional que es una técnica ampliamente utilizada en investigación cualitativa para la identificación y selección de casos ricos en información para el uso más efectivo de recursos limitados (10), esto implica identificar y seleccionar individuos o grupos de individuos especialmente informados o con experiencia en un fenómeno de interés (11). El número de participantes incorporados al estudio obedeció al criterio de muestreo por saturación (12,13), es decir, cuando ocurrió la replicación o la redundancia de datos y se llegó al punto en el que no se obtuvieron nuevas ideas, no se identificaron nuevos temas, y no surgieron nuevos tópicos con respecto a una categoría de datos. En definitiva, basado en este criterio se incorporó 21 usuarios de la atención kinésica de la atención primaria cuyas características se muestran en la Tabla 1.

Técnica de recogida de datos

Se utilizó como principal herramienta para la recogida de datos la entrevista semi-estructurada. Esta se desarrolló a

Tabla 1. Características principales de los entrevistados

Entrevistado/a	Sexo	Edad	Nivel educativo	Servicio/Unidad
E1	Mujer	20	Enseñanza media incompleta	Respiratorio Infantil
E2	Mujer	67	Enseñanza básica incompleta	Centro Comunitario de Rehabilitación
E3	Mujer	30	Enseñanza media completa	Respiratorio Infantil
E4	Mujer	54	Enseñanza media incompleta	Centro Comunitario de Rehabilitación
E5	Mujer	88	Enseñanza básica completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E6	Mujer	37	Enseñanza media completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E7	Hombre	85	Enseñanza media incompleta	Respiratorio Adulto
E8	Mujer	70	Enseñanza básica completa	Respiratorio Adulto
E9	Mujer	54	Enseñanza media completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E10	Mujer	49	Enseñanza media completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E11	Mujer	67	Enseñanza básica incompleta	Centro Comunitario de Rehabilitación
E12	Mujer	66	Sin escolaridad	Centro Comunitario de Rehabilitación
E13	Hombre	70	Enseñanza media completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E14	Hombre	78	Enseñanza media completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E15	Hombre	87	Enseñanza media incompleta	Centro Comunitario de Rehabilitación
E16	Mujer	49	Enseñanza media completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E17	Mujer	30	Universitario incompleto	Respiratorio Infantil
E18	Mujer	64	Enseñanza básica completa	Centro Comunitario de Rehabilitación
E19	Mujer	60	Enseñanza media incompleta	Respiratorio Adulto
E20	Mujer	19	Enseñanza básica completa	Respiratorio Infantil
E21	Mujer	81	Técnico	Respiratorio Adulto

partir de una guía de dos preguntas orientadoras amplias con el fin de develar la percepción que tienen los pacientes en relación a la atención entregada por el kinesiólogo y su rol. Se formularon previamente, sin embargo, la entrevista estuvo abierta a nuevas interrogantes que surgieron en el contexto inmediato a partir de las respuestas dadas a estas dos preguntas: i) ¿Qué sabe acerca de la labor del kinesiólogo? y ii) ¿Qué valor le asigna usted al kinesiólogo dentro del equipo de salud?

El contacto con los participantes se desarrolló en los centros de salud donde, una vez comprobados los criterios de elegibilidad, se invitó a participar del estudio y se coordinó el momento y lugar para ejecutar la entrevista, lo que definió el propio informante. Las entrevistas se registraron en formato digital (WMA) utilizando grabadora (Olympus Digital Voice Recorder VN-5200PC). Además, como apoyo para el registro se utilizaron notas de campo. Una vez realizada cada entrevista, las grabaciones fueron transcritas en forma fiel y detallada.

Análisis de datos

Para el análisis se empleó el método Colaizzi desarrollando las siguientes siete etapas (14-16): i) Leer y releer las descripciones para adquirir el sentido general de la experiencia; ii) Extraer declaraciones significativas para generar información directamente relacionada con el fenómeno estudiado; iii) Formular significados para develar significados ocultos en diversos contextos del fenómeno; iv) categorizar los significados formulados en grupos de temas y validar con el texto original, para identificar experiencias comunes para todos los informantes; v) Describir detalladamente el fenómeno para generar un prototipo

de un modelo teórico; vi) Volver a los participantes para validar los hallazgos; vii) incorporar cambios basados en la retroalimentación de los informantes para presentar el modelo teórico que refleja ampliamente las características universales del fenómeno.

Desde el punto de vista del rigor metodológico (17), se cumplió con el criterio de credibilidad al utilizar grabación y transcripción fiel de las entrevistas, y notas de campo; al contrastar los hallazgos obtenidos con los propios entrevistados; y al ejecutar triangulación entre los investigadores para evaluar la congruencia de los resultados dado que inicialmente el análisis se llevó a cabo de manera independiente por los investigadores y posteriormente se discutió y contrastó en conjunto el material analizado. Para cumplir con los criterios de auditabilidad y aplicabilidad, se ha descrito en detalle la metodología utilizada y las características de los informantes, el proceso de su selección y su contexto.

Consideraciones éticas

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Servicio de Salud Valdivia (Ord. N° 272, 30 septiembre de 2013). Una vez desarrollado el proceso de consentimiento informado en que se entregó información sobre el estudio, sus implicancias y en especial, la voluntariedad de la participación y confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos se requirió de la firma de acta de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se realizaron 21 entrevistas a usuarios de servicios kinésicos de la atención primaria de salud. Del análisis de las

Tabla 2. Tema 1: Conocimiento del rol del kinesiólogo. Ejemplo de cuotas de entrevistas

Categorías	Cuotas de las entrevistas
Formas de conocer al kinesiólogo	<p>«...la verdad que lo único que sé es como para atender a los chicos que están con problemas obstructivos y sé que hay una kinesióloga que igual ayuda en la rehabilitación de adultos mayores, porque mi abuela va igual al consultorio, ella tiene como 80 y le hacen ejercicios...» (E3P1L25-29).</p> <p>«...conozco a los kinesiólogos ahora que me dio el derrame cerebral, ahí estuve tratándome con el...» (E5P3L76-77).</p> <p>«...me mandaron del consultorio, ahí fui donde él, me vio y de ahí me derivó acá a que fuera a los ejercicios...» (E8P1L28-29).</p> <p>«... lo conozco desde cuando me empecé a tratar no más, yo no tenía idea que existían los kinesiólogos...» (E12P1L18-19)</p> <p>«...yo primero voy al doctor... el doctor me mandó al kinesiólogo...» (E15P2L5-6) [...] cuando me enfermé y me empecé a tratar y me dijeron "anda a tal parte", antes de eso yo ni había oído de hablar de kinesiólogo...» (E15P3L10-11).</p> <p>«Cuando pienso en kinesiólogo, lo asocio al tiro a la palabra rehabilitación, puede ser donde la mayor cantidad de cosas a lo mejor se ve con el tema de la Teletón, puede ser que ahí se reconozca un poquito ...» (E3P3L73-75).</p>
Rol asociado al motivo de consulta	<p>«...no sé qué más podría hacer un kinesiólogo, lo que yo tengo claro que ayuda mucho con lo que a mí me tocó [hemiplejía], la parte física, pero más no se me ocurre, yo lo veo como kinesiología mover personas...» (E4P4L113-116).</p> <p>«tengo entendido que está en la sala de enfermedades respiratorias [...] de los niños y adultos... que le hace unos ejercicios, unas terapias en la parte de los pulmones para poder botar las flemas...» (E6P1L28-31).</p> <p>«...yo tengo entendido que el kinesiólogo es un profesional que cuando uno se fractura y después de que a uno le han sacado el yeso tiene que ir donde él para que le haga unos ejercicios pa' poder recuperar la movilidad ...» (E13P4L26-28).</p>

E: indica entrevistado; P: indica página de la entrevista; L: indica línea de la entrevista

Tabla 3. Tema 2: Valor dado al kinesiólogo. Ejemplo de cuotas de entrevistas

Categorías	Cuotas de las entrevistas
Diferenciación entre profesionales	<p>«...yo sé que la labor del kinesiólogo es bien amplia, uno únicamente lo asocia con el tema de que los niños están obstruidos ... pero implica muchas más cosas, por ejemplo, tienen mucho conocimiento de lo que son los huesos, las fracturas, un montón de cosas que ellos ven ...» (E17P1L22-24)</p> <p>«...nos ayuda como tenemos que alimentarnos, mucho mejor, que tenemos que comer harta fruta, harta agua, pa' poder estar bien...» (E11P1L23-24).</p> <p>«...claro, yo tengo claro eso, porque es distinto ir a un doctor que, a una kinesióloga, porque el doctor no nos va a hacer lo que nos hace la kinesióloga» (E2P2L51-53).</p> <p>«...es importante porque imagínese hay harta diferencia entre el médico y el kinesiólogo que a uno le ayuda a la parte física, a moverse, yo lo entendí así por mi caso, yo no tenía idea, (...) entonces es... como imagínese si no hubiera kinesiólogos ...claro el médico hace mucho también pero el kinesiólogo a uno le mueve las manos le mueve los pies te hace funcionar todo el cuerpo...» (E4P1L11-15).</p> <p>«...el terapeuta era como más manual, porque en terapia uno está como sentada trabajando, no sé, tratar de mover la mano, era como estar en una mesa [...] en cambio el kinesiólogo, es pararme, porque ellos me pararon e hicieron caminar, eso es lo que yo encuentro que es una gran diferencia...» (E4P4L125-129).</p>
Resultados de la labor del kinesiólogo	<p>«...Que ellos nos ayudan a nosotros los enfermos que estamos así [con dolores por artrosis], a estar bien, cada día mejor» (E2P2L41-43).</p> <p>«...tengo entendido que el kinesiólogo es un profesional que se preocupa de la salud de uno, por ejemplo, en el caso de los adultos mayores, de las guagüitas cuando están resfriadas de hacerle botar las flemas, de limpiarle las vías respiratorias [...] es su papel, tanto de rehabilitación de las quemaduras también de la enfermedad de los adultos y de los niños cuando están resfriados...» (E13P4L32-36).</p> <p>«...el kinesiólogo está para tratarme la cuestión de los dolores musculares... ese es el deber de estar ahí...» (E15P2L5-6).</p>
Reconocimiento dentro del equipo de salud	<p>«...el valor es bien importante, si no existieran... en mi caso, el dolor estaría terrible en mis manos, si no existieran... estaría aún con ese dolor ahí. Considero que son importantes en el ámbito de la salud porque sin ellos estaríamos prácticamente inutilizables...» (E10P2L2-5).</p> <p>«...que es igual que un doctor [médico], porque si uno va a un médico a un doctor, uno sabe que le va a hacer un examen, igual el kinesiólogo...» (E5P1L39-40).</p> <p>«...yo los encuentro a todos iguales...que uno cuando se enferma la atienden todos igual, [profesionales del equipo de salud], si son cariñosos, la atienden yo creo como debe ser...» (E5P3L72-74).</p>

E: indica entrevistado; P: indica página de la entrevista; L: indica línea de la entrevista

Tabla 4. Mapa temático final

Tema 1: Conocimiento del rol del Kinesiólogo	Tema 2. Valor del kinesiólogo
Formas de conocer al kinesiólogo - Se conoce sólo al acceder al profesional - Se llega por derivación médica - Se reconoce por experiencia de familiares - Se reconoce por medios de comunicación	Diferenciación entre profesionales - Hay diferencia entre médico y kinesiólogo - Hay diferencia entre terapeuta ocupacional y kinesiólogo - Se confunde con otro profesional - Realiza orientación alimentaria - Es un médico importante - Médico y kinesiólogo son iguales - Posee amplia gama de conocimientos - Profesional que asiste permanentemente
Rol asociado al motivo de consulta - Atiende pacientes pediátricos y adultos mayores - Se dedica a los huesos - Trata fracturas - Atiende problemas respiratorios - Aplica luz y calor en lesiones - Atiende en salas ERA - Atiende niños obstruidos - Ejecuta técnicas de drenaje bronquial	Resultados de la labor del kinesiólogo - Rehabilitar - Aliviar el dolor - Rehabilitar pacientes quemados - Devolver la funcionalidad - Disminuir el dolor a través de ejercicios - Rehabilitar la marcha de adultos mayores - Mejorar la motricidad gruesa y fina - Aliviar dolores musculares
	Reconocimiento dentro del equipo de salud - Posee gran importancia en el equipo - No soluciona problemas de salud - No es considerado fundamental - Primordial dentro del equipo de salud

entrevistas, se extrajeron 43 aseveraciones significativas que fueron clasificadas en dos temas principales y cinco categorías que reflejaron la percepción sobre la imagen social y rol profesional de los kinesiólogos. Los temas fueron: “conocimiento del rol del kinesiólogo” (Tabla 2) y “valor dado al kinesiólogo” (Tabla 3). El mapa temático final se muestra en la Tabla 4.

Tema 1: Conocimiento del rol del kinesiólogo

Formas de conocer al kinesiólogo

En relación al conocimiento que se tiene de este profesional se visualiza que el kinesiólogo es reconocido fundamentalmente una vez que se ha accedido a la atención por un problema de salud particular y por derivación. En otros casos, por experiencia de familiares o cercanos, o incluso, por el conocimiento que posee la población de instituciones cuya labor ha sido ampliamente difundida y en las que se destaca la labor del kinesiólogo, como la Teletón.

Rol asociado al motivo de consulta

Los ámbitos de acción del kinesiólogo reconocidos por los usuarios se vinculan con los motivos de atención, identificándose el área de rehabilitación neurológica, trastornos músculo-esqueléticos y enfermedades respiratorias de adultos y niños.

Tema 2: Valor dado al kinesiólogo

Diferenciación entre profesionales

Entre los pacientes y usuarios estudiados se observó una valoración disímil de este aspecto. En algunos casos es

reconocido y diferenciado de otros profesionales, en particular del médico, pero en otros casos se confunde, por ejemplo, con el quehacer del nutricionista. En algunos relatos se logra diferenciar el rol y quehacer propio del kinesiólogo distinguiendo su contribución del quehacer médico y del terapeuta ocupacional.

Resultados de la labor del kinesiólogo

En relación a los resultados derivados del quehacer de este profesional, se percibe en los usuarios alivio generalizado del dolor y mejora en su funcionalidad, resaltando como concepto la rehabilitación. Esto contribuye positivamente en la ejecución de las actividades cotidianas.

Reconocimiento dentro del equipo de salud

Entre los pacientes y usuarios entrevistados también se observaron diferencias en este ámbito. Por una parte, se valora a este profesional como una pieza importante dentro del equipo de salud, considerándolo esencial para el retorno a las actividades avanzadas de la vida diaria. Pero, por otro lado, no se otorga reconocimiento especial en comparación con otros profesionales del área de la salud.

DISCUSIÓN

Este trabajo ha permitido obtener una aproximación del reconocimiento y valor que la población usuaria de la atención primaria en salud otorga a los profesionales kinesiólogos. Como ha quedado de manifiesto, hay ámbitos de acción y procedimientos que resaltan por sobre otros, a la

vez que se verifica que al no ser un profesional de primera consulta el acceso al kinesiólogo ocurre por derivación.

Es por ello que el conocimiento del rol profesional, así como la imagen social del kinesiólogo son limitados y a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, posee menor posicionamiento. Es decir, mientras no se entra en contacto directo con el profesional no hay una idea previa de su quehacer. En ausencia de un contacto directo, el conocimiento sobre el kinesiólogo proviene de los medios de comunicación como la televisión, que ha resaltado la labor del kinesiólogo en rehabilitación, por ejemplo, en la Teletón, y asociado a la práctica de deportes de alta convocatoria. La televisión, como medio de difusión del quehacer profesional ya ha sido considerado como fuente primaria del conocimiento del rol del kinesiólogo (18). La experiencia de otras disciplinas como la Terapia Ocupacional, sugiere que la presencia en los medios de comunicación y plataformas digitales constituye una estrategia para posicionar la profesión en el público y favorecer la correcta percepción del rol profesional y sus alcances (19).

La imagen del profesional dedicado al ámbito fisioterapéutico es diferencial en distintos países; por ejemplo, en Sudáfrica se tiene una mala imagen entre profesionales de la medicina y la población. Algo similar ha ocurrido en el Reino Unido (7). En Australia, por su parte, la fisioterapia ocupa una posición de alto prestigio tanto entre profesionales como en el público general a diferencia de lo ocurrido en Inglaterra, Corea y Canadá (7,20).

La derivación al kinesiólogo ocurre por parte de un médico de primera consulta lo que influye en la imagen social que se tiene. Esto se diferencia de la aceptabilidad del kinesiólogo como profesional autónomo en atención primaria en países como Canadá, que lo posiciona como un profesional de primera consulta competente y asertivo en la generación de diagnósticos asociados a desórdenes músculo-esqueléticos (21). El acceso directo a la fisioterapia es una clave relevante ya que mejora la percepción de la imagen profesional y la comprensión de los beneficios derivados de su atención (22).

Los ámbitos de acción del kinesiólogo reconocidos o identificados por los pacientes se vinculan con las experiencias obtenidas al acceder a su servicio, principalmente en el área de la rehabilitación y trastornos esqueléticos y en otros casos, en terapia respiratoria de adultos y niños, tal como ha sido descrito previamente (23).

El valor que se asigna al kinesiólogo es variable debido a la confusión que se genera con respecto a su rol profesional y a la diferenciación con otras disciplinas. Esto se ha venido evidenciado desde hace años, e incluso en países del primer mundo, donde estudiantes universitarios le otorgan la misma posición social al fisioterapeuta

y al osteópata, siendo prácticamente indistinguibles en su quehacer profesional (24). Lo anterior contrasta con el conocimiento existente en la población de otros profesionales de salud, en particular del quehacer médico (25). En otro ámbito, el usuario que ha accedido a terapias de rehabilitación neurológica logra diferenciar el quehacer del terapeuta ocupacional con el del kinesiólogo, entregándole un valor más elevado a este último. Esto pudiera explicarse por la poca funcionalidad física que tienen los usuarios que acceden a este tipo de terapias, siendo para ellos, el kinesiólogo vital para su rehabilitación. Una vez que se accede a la atención kinésica, el resultado obtenido de la labor de este profesional se valora positivamente entre los usuarios (22).

Algunas limitaciones deben ser consideradas para una adecuada valoración de los hallazgos. En primer lugar, y a pesar de los esfuerzos por cumplir con aspectos de rigor metodológico, se reconoce como limitación la imposibilidad de generalizar los resultados a la población, lo que es propio de los estudios cualitativos. Por otra parte, el contexto de realización del estudio centrado en usuarios beneficiarios del sistema público de salud puede mostrar una realidad parcial de la valoración del kinesiólogo que puede diferir de la valoración en la práctica privada. Por último, los sujetos seleccionados fueron usuarios de la atención kinésica y por lo tanto no fue una consulta general a la población por lo que podría incluso existir una sobrevaloración o sobre reconocimiento del profesional estudiado.

No obstante, a pesar de las limitaciones comentadas, este estudio es pionero en establecer la imagen social del kinesiólogo y la percepción de su rol profesional. Se evidencia desconocimiento del usuario sobre la esencia y foco de la disciplina kinésica en Chile. Aún es una profesión poco visible y la sociedad no reconoce plenamente su campo del quehacer. Claramente, este aspecto está dado por la experiencia personal con el profesional más que un conocimiento previo. En consecuencia, la forma de posicionar y alcanzar un valor social y reconocimiento se construye desde la propia práctica. No obstante, se debe reconocer que una limitante para proyectar la imagen profesional es la menor cantidad de kinesiólogos que trabajan en los centros de salud de atención primaria comparada con la de otros profesionales, como médicos y enfermeras. La utilidad de este trabajo es que sienta las bases para futuros estudios que permitan mejorar el acceso y valoración de la atención del kinesiólogo, y por otro lado, estimula a estos profesionales a participar más activamente en atención primaria haciendo más visible su quehacer.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Arcaya N, Esposto R, Martinic E. Estudio de opinión pública: Colegio Kinesiólogos de Chile. *Kinesiología*. 1998;50:18-22.
2. Retamal E. *Kinesiología. Contribución a su historia. Desarrollo de la Profesión*. Primera ed. Santiago: Colegio de Kinesiólogos de Chile; 2014.
3. Snow BL, Shamus E, Hill C. Physical therapy as primary health care: public perceptions. *J Allied Health*. 2001;30(1):35-38.
4. Cabezalí-Sánchez JM, Sala-Barat J, Sánchez-Aldeguer J, Sirvent-Ribalta E, Xipell-Prunés T. El rol del fisioterapeuta: encuesta de opinión en la ciudad de Barcelona. *Fisioterapia*. 1999;21(3):157-168.
5. Chozas Vinuesa S. Estudio del grado de conocimiento sobre fisioterapia en atención primaria en alumnos de 3° de la diplomatura de fisioterapia y en la población general. *Fisioterapia*. 2005;27(6):301-8.
6. Mc Callum CA. Access to physical therapy services among medically underserved adults: a mixed-method study. *Phys Ther*. 2010;90(5):735-47.
7. Turner P. The occupational prestige of physiotherapy: perceptions of student physiotherapists in Australia. *Aust J Physiother*. 2001;47(3):191-7.
8. López KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. *Qual Health Res*. 2004;14(5):726-735.
9. LeVasseur JJ. The problem of bracketing in phenomenology. *Qual Health Res*. 2003;13(3):408-420.
10. Patton MQ. *Qualitative evaluation & research methods*. Third ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2002.
11. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2017.
12. Bowen GA. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qual Res*. 2008;8(1):137-152.
13. Walker JL. The use of saturation in qualitative research. *Can J Cardiovasc Nurs*. 2012;22(2):37-46.
14. Wojnar DM, Swanson KM. Phenomenology: an exploration. *J Holist Nurs*. 2007;25(3):172-180.
15. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York: Plenum; 1978. p. 48-71.
16. Abu Shosha G. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: a reflection of a researcher. *European Scientific Journal* 2012;8(27):31-43.
17. Tobin GA, Begley CM. Methodological rigour within a qualitative framework. *J Adv Nurs*. 2004;48(4):388-396.
18. Harikrishnan R, Kamalambal H. Awareness and attitude towards physiotherapy among higher secondary students: a pilot survey study. *Int J Physiother Res*. 2017;5(1):1846-51.
19. Walsh WE. Investigating Public Perception of Occupational Therapy: An Environmental Scan of Three Media Outlets. *Am J Occup Ther*. 2018;72(3):1-10.
20. Turner PA, Whitfield TWA. Occupational Prestige Perceptions of Nursing and Physiotherapy: An International Survey. In: Zebrowsky JA, editor. *New Research on Social Perception*. New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2007. 207-229.
21. Desjardins-Charbonneau A, Roy JS, Thibault J, Ciccone VT, Desmeules F. Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):400.
22. Igwesi-Chidobe CN, Bartlam B, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: perceptions of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*. 2019;105:e31.
23. Sheppard L. Changing the public perception of physiotherapeutic treatment. *Health Mark Q*. 1994;12(2):77-96.
24. Whitfield TWA, Allison I, Laing A, Turner P. Perceptions of the physiotherapy profession: A comparative study. *Physiother Theory Pract*. 1996;12:39-48.
25. Maderuelo Fernandez JA, Carriedo UE, Serrano TM, Almaraz GA, Berjon Barrientos AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria*. 1996;17(5):348-352.