



**Escuela de Psicología**

**Competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago**

**Tesina para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título Profesional de Psicólogo**

**Asesor Metodológico: Prof. Stephanie Garín Rozas  
Alumno: Gabriel Droguett Sandoval**

**Santiago – Chile, Julio de 2020**

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesina o tesis a mis padres por su apoyo incondicional en mi proceso de formación, e incentivarme a sacar la carrera que elegí y/o decidí estudiar.

## **Agradecimientos**

Agradezco a los profesores y las profesoras de la Universidad Miguel de Cervantes que me ayudaron a formarme como profesional.

Agradezco a mis padres por su comprensión en mi proceso formativo como profesional.

## Índice de contenidos

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	VI
RESUMEN.....	VII
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.3. OBJETIVOS.....	9
1.3.1. <i>Objetivo General</i> .....	9
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i> .....	9
1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	9
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
2.1. SISTEMAS DE SALUD.....	11
2.1.1. <i>Enfoque biopsicosocial y Modelo biomédico</i> .....	12
2.1.2. <i>Concepto de salud “Proceso – Estado”</i> .....	13
2.1.3. <i>Modelo de Salud Integral</i> .....	14
2.2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	16
2.2.1. <i>Conceptos de Promoción de salud y Prevención de salud</i> .....	17
2.3. COMPETENCIAS.....	20
2.4. MODELO DE MONCADA DE PSICÓLOGOS Y PSICÓLOGAS APS.....	21
<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>28</b>
3.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	31
3.4. PROCEDIMIENTO DE MUESTREO.....	34
<i>Fase Cuantitativa</i> .....	34
<i>Fase Cualitativa</i> .....	35
<i>El procedimiento de acceso a la muestra</i> .....	36
<i>Descripción de la muestra</i> .....	36
3.5. TÉCNICAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
<i>Fase cuantitativa</i> .....	37
<i>Fase cualitativa</i> .....	37
3.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	38
<i>Fase cuantitativa</i> .....	38
<i>Fase cualitativa:</i> .....	39
3.7. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO.....	40
<i>Fase Cuantitativa</i> .....	40
<i>Confiabilidad y validez del instrumento</i> .....	40
<i>Criterios de objetividad</i> .....	41
<i>Fase Cualitativa</i> .....	41
<i>Rigor en la investigación cualitativa</i> .....	41
<i>Dependencia</i> .....	42
<i>Credibilidad</i> .....	42

3.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	43
3.9. VIABILIDAD DE LA MUESTRA.....	44
<i>Fase Cuantitativa</i> .....	44
<i>Fase Cualitativa</i> .....	44
3.10. PROCEDIMIENTO.....	45
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	47
PRIMERA FASE DEL ESTUDIO .....	47
RESULTADOS ITEM 1 .....	47
RESULTADOS ITEM 2 .....	48
SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO .....	51
a. <i>Explicación de la prioridad</i> .....	51
a.1 <i>Competencias cognitivas</i> .....	51
a.2 <i>Competencias actitudinales</i> .....	52
a.3 <i>Competencias procedimentales</i> .....	53
b. <i>Como se vivencia esta competencia</i> .....	54
b.1 <i>Competencias cognitivas</i> .....	54
b.2 <i>Competencias actitudinales</i> .....	56
b.3 <i>Competencias procedimentales</i> .....	57
c. <i>Competencias idóneas</i> .....	58
d. <i>Prioridad de competencias en la atención primaria de salud</i> .....	59
4.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	60
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>64</b>
5.1. CONCLUSIONES .....	64
5.2. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	67
<b>CAPÍTULO VI. REFERENCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>CAPITULO VII. ANEXOS .....</b>	<b>73</b>
ANEXO A .....	73
ANEXO B .....	74
ANEXO C .....	75
ANEXO D .....	77
ANEXO E .....	80
ANEXO F .....	82
ANEXO G.....	83
ANEXO H.....	90

## Índice de tablas y figuras

TABLA 1. COMPETENCIAS COGNITIVAS .....	23
TABLA 2. COMPETENCIAS ACTITUDINALES .....	24
TABLA 3. COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES .....	25
TABLA 3.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES, FASE CUANTITATIVA.....	32
TABLA 3.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES, FASE CUALITATIVA. ....	33
TABLA 4.1: GRAFICO DE ACTIVIDADES RELACIONADA A LOS PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ....	48
TABLA 4.2. GRÁFICO QUE DESCRIBE EN PORCENTAJE LAS COMPETENCIAS MÁS RANQUEADAS POR LOS Y LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO COMO MÁS IDÓNEAS QUE POSEER EL PROFESIONAL PSICÓLOGO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE UN LISTADO DE 50 COMPETENCIAS.....	50

## Resumen

Este estudio utilizó una metodología mixta, la primera fase de este estudio es de metodología cuantitativa, la que guarda relación con conocer las competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogas en atención primaria de salud, en la segunda fase, que usa una metodología cualitativa, pretende conocer las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales más idóneas, más utilizadas y como se vivencian estas competencias por parte de las y los psicólogos en la atención primaria.

Las implicancias teóricas y prácticas de los hallazgos obtenidos en la presente investigación, son de gran importancia para saber cómo funciona la atención primaria de salud de la comuna de Santiago, así como también, para vislumbrar las áreas en las que tendría que perfeccionarse el o la psicóloga que pretenda ejercer su profesión en dicha entidad pública.

Dentro de los hallazgos, se puede apreciar que las competencias cognitivas psicología de la salud y modelo de salud familiar/comunitario, fueron valorados como muy importante por los y las psicólogas de la muestra, para el ejercicio en APS. Hecho similar, ocurrió con las competencias actitudinales adaptabilidad al usuario y adaptabilidad al contexto de intervención. Por su parte, las competencias procedimentales intervención en crisis y habilidad de entrevista clínica, fueron consideradas como herramientas muy importantes para el ejercicio profesional en APS.

Si bien, el objetivo general de esta investigación, es conocer las competencias más idóneas y utilizadas por los y las psicólogas en APS, esto permite comprender cuáles son las competencias que debiesen perfeccionarse para mejorar el desempeño en APS.

## **Abstract**

This study used a mixed methodology, the first phase of this study is quantitative methodology, which relates to knowing the skills of the professional exercise of psychologists in primary health care, in the second phase, which uses a qualitative methodology, aims to know the most appropriate cognitive, attitudinal and procedural skills, most used and how these competencies are lived by psychologists in primary care.

The theoretical and practical implications of the findings obtained in this research are of great importance to know how the primary health care of the commune of Santiago works, as well as to glimpse the areas in which the psychologist who intends to practice her profession in that public entity would have to be perfected.

Among the findings, it can be seen that the cognitive competencies health psychology and family/community health model, were valued as very important by the psychologists of the sample, for exercise in APS. Similar fact, it occurred with the attitudinal competences adapted to the user and adaptability to the context of intervention. For their part, the procedural competencies crisis intervention and clinical interview ability, were considered as very important tools for professional exercise in APS.

While the general objective of this research is to understand the skills most suitable and used by psychologists in APS, this allows us to understand what skills should be honed to improve performance in APS.



## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Esta investigación, se hace referencia a los relatos de los propios psicólogos y psicólogas, que desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria de la salud de la comuna de Santiago, puesto que, esto permite conocer las competencias que consideran más idóneas para el ejercicio profesional en la atención primaria de salud de dicha comuna.

Así mismo, se ha considerado necesario, implementar un estudio referente a conocer las competencias que más ejercen los psicólogos o las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago, siendo las más usadas la intervención en crisis, la escucha activa y el trabajo en equipo. En su contraparte, las competencias menos utilizadas en la atención primaria de dicha comuna, son el liderazgo y las competencias orientadas a la comunicación escrita.

Además, en esta investigación, para tratar el concepto de competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogos de la Atención Primaria de Salud (APS), se trabajará desde la base teórica que ofrece la definición plasmada en el escrito de Luis Oblitas del año 2004, en el cual, establece las diferencias que se encuentran entre la prevención y promoción de la salud.

Adicionalmente al texto de Oblitas (2004), se utilizará como guía teórica, la propuesta realizada por Moncada en años 2015, la cual consiste en proponer las 74 competencias idóneas que debiese poseer todo psicólogo y psicólogas en la atención primaria de la salud.

Más adelante, en el marco teórico, abordará la importancia de realizar una distinción entre los conceptos de promoción de la salud y prevención de la salud. En la cual, se manifiesta que debiese definirse y aclararse las diferencias que existen entre ambos términos, estableciéndose como una de las definiciones generales a estos términos: “La promoción de la salud, que en esencia, trata de alcanzar un nivel óptimo de fortaleza

estructural, capacidad funcional y sensaciones subjetivas de bienestar” (Oblitas Guadalupe, 2004). Por su parte, “la prevención es conexas a la enfermedad, en consecuencia, encamina a la salud con una visión negativa. En su contra parte, la promoción se orienta a la salud con un sentido positivo, dado que inscribe hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano” (Oblitas Guadalupe, 2004).

Dado lo anterior, en este capítulo, se justificará la importancia de realizar este estudio, se planteará la problemática que posee este tema de investigación, se definirán los objetivos que posee este estudio y se presentarán las limitaciones que surgen al realizar esta investigación.

### **1.1. Justificación**

Si bien, el área de salud comunal es regida por las políticas públicas que establece el ministerio de salud del país, éste a su vez, basa sus políticas de salud en las recomendaciones y pautas de trabajo que determina o establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual, permite establecer o determinar las competencias más idóneas que debiese o que se espera que posea todo profesional psicólogo y psicóloga que desenvuelve su quehacer profesional en la APS, enfocando sus funciones en la prevención y promoción de la salud.

La OMS, con la finalidad de que el Ministerio de Salud (MINSAL), establezca las políticas públicas que rigen la Salud Comunal tendientes a determinar las competencias y mejor desempeño de los psicólogos y psicólogas que se desempeñan en la APS, recomienda las pautas de trabajo y en su página web “who.int”, establece al Observatorio Mundial de la Salud (GHO) como vía de acceso de la OMS a las estadísticas mundiales relacionadas con los temas de salud, con el objetivo de proporcionar un acceso fácil a datos y estadísticas de los países centrados en estimaciones comparables, como también proporcionar los análisis que posee la OMS para monitorizar la situación y las tendencias mundiales, regionales y nacionales.

Los datos que posee el GHO, “están organizados con el fin de poder hacer un seguimiento a los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular los indicadores sobre la situación sanitaria para supervisar los progresos hacia el objetivo general de salud (mortalidad y estimaciones sanitarias mundiales, incluida la esperanza de vida), los indicadores para vigilar la equidad en los indicadores sanitarios, y los indicadores para las metas de los ODS centradas específicamente en la salud y en aspectos conexos (indicadores que abarcan los ámbitos de la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles y la salud mental; las lesiones y la violencia; y los sistemas de salud)” (OMS,2020).

En consecuencia, podemos deducir que el Observatorio de Mundial de la Salud (GHO) prioriza dentro de sus funciones a la prevención, que son las medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Por su parte, la Organización Panamericana de Salud (OPS) trabaja la promoción de la salud con la definición que la OMS proporciona, la cual, es definida como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud" (OPS, 2020)., dicho concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

En otras palabras, la promoción de la salud, tiene por objetivo el fomentar transformaciones en el entorno que ayuden a promover y proteger la salud. Estas transformaciones, incluye modificaciones tanto en las comunidades y los sistemas, donde una de las propuestas es garantizar el acceso a los servicios de salud, como también la generación de políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. La promoción de la salud consiste entonces en proporcionar

a los pueblos las medidas necesarias para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Adicionalmente Rodrigo Venegas, profesor de la Escuela de Psicología de la Universidad San Sebastián, en una columna de opinión publicado el 2015 en la página web del Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS), comenta que el desafío que deben afrontar los psicólogos y psicólogas que se encuentran vinculadas a la atención primaria de salud, concierne a las acciones en el ámbito de la promoción y prevención, centrando las acciones promocionales de salud en contextos familiares, escolares y comunitarios, como también, ser un agente que beneficie en la formación de ambientes protectores.

La salud se percibe, púes, no como el objetivo, sino como la fuente cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado a que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la Promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (Carta de Ottawa, 1986).

Por su parte, en un estudio realizado por Morales en el año 1997, se determinó que algunos *“problemas de salud están más asociados con comportamientos individuales, cuya transformación puede contribuir a ejercer un mejor control sobre el ambiente, y a partir de los cuales la nocividad del mismo, es susceptible de ser disminuida o neutralizada”* (Morales Calatayud, 1997).

A partir de las recomendaciones que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS), el MINSAL crea el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP), el cual, propone trabajar con una red con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios, lo que ha generado una evolución desde un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, donde profesionales como psicólogos y psicólogas tienen mayor espacio y predominio.

El Plan Nacional de Salud Mental realizado por el MINSAL propone objetivos estratégicos y metas a cumplir en líneas de acción complementarias y sinérgicas entre si:

- Regulación y Derechos Humanos.
- Provisión de Servicios de Salud Mental.
- Financiación.
- Gestión de Calidad.
- Intersectorialidad y Participación.

El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) realizado por el Ministerio de Salud de Chile, establece que los problemas de salud mental afectan mayoritariamente a las personas con nivel educacional menor, a los más jóvenes, a las mujeres, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios y empiezan tempranamente en la vida: entre los niños de 4 a 11 años, un 27,8% presenta alguno de estos trastorno, trastornos depresivos unipolares, trastornos ansiosos trastornos por consumo de alcohol, junto a los accidentes y violencias. Consideran como factores de riesgo que subyacen a las diversas enfermedades para ambos sexos, el consumo de alcohol alcanza el 12% de la atribución de peso más determinante de la carga de enfermedad, duplicando a la hipertensión arterial y al sobrepeso (MINSAL, 2017).

A su vez, el PNSM estima que un 22% de la población, tanto adulta como infanto-juvenil, es afectada por problemas de salud mental, no obstante, a nivel mundial las enfermedades mentales se han instalado en el primer lugar como causantes de años de vida perdidos para la salud.

Desde la recuperación de la democracia en 1990, Chile inició un proceso de reforma de la atención psiquiátrica generando tres Planes Nacionales de Salud Mental (1993, 2000 y 2015), este último recoge los principales desafíos que deben abordarse entre los años 2017 y 2025 para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población (MINSAL, 2015).

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) menciona que la promoción de salud la trabaja mediante 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública que define la OMS, apuntando a la creación de habilidades y capacidades en las personas, con el fin de incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud.

Dicho proceso, se enfoca en el empoderamiento para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en que viven las personas y las comunidades, las cuales se encuentran subyacidas en los determinantes sociales de la salud (DSS).

El proceso de promoción de la salud es complementado con el fortalecimiento de habilidades y capacidades de las personas, por ende, posee dos dimensiones, una dimensión colectiva y otra individual, con las cuales pretende alcanzar el bienestar.

Por otra parte, la Estrategia Nacional de Salud, establece acciones que se encuentran determinadas en el Programa de Promoción de la Salud, que están alineados con el cambio de perfil epidemiológico del país, y se enmarcan en la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020, a través del objetivo estratégico N° 3, de la meta de Salud Óptima que consiste en: “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, y que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población, tales como el consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, conducta sexual y consumo de drogas ilícitas” (MINSAL, 2020).

El objetivo general del Departamento de promoción de salud y participación ciudadana apunta a contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables. (MINSAL, 2020).

Zurro y Solà (2011), estipulan que la atención primaria de salud (desde ahora APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas, la que frecuentemente se le considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario, siendo esta, la puerta de entrada por la cual, los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Adicionalmente, manifiestan que esta aproximación es simplista y

que no permite visualizar la importancia y complejidad del papel que desempeña la atención primaria de salud en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

Es desde este escenario, es que Moncada en su estudio Psicología y atención primaria de salud: una propuesta de competencias (2015), realiza una aproximación empírica a la definición de competencias para el desempeño de psicólogos y psicólogas en APS. En dicho estudio buscaba responder a la pregunta: ¿Cuáles son las competencias que debe tener el psicólogo y la psicóloga para poder desempeñarse en APS?, para ello, empleó una técnica de recolección de datos mediante el grupo Delphi, constituyendo una propuesta de 76 competencias idóneas que debiese poseer todo psicólogo y psicóloga que se desempeña en la APS. Para validar su propuesta, Moncada realiza una encuesta vía online, respondida por 101 psicólogos y psicólogas, en la cual se observa que 74 de las competencias son calificadas como pertinentes o muy pertinentes.

Debido a la presencia de sesgos de autoselección, una baja tasa de respuesta, como también un descenso progresivo en la cantidad de estas, adicionalmente, al presentarse una imposibilidad de caracterización del total de la muestra, genera que se restrinja el uso de los resultados obtenido como validación de competencias. Los resultados de este estudio son analizados mediante los modelos de salud integral y psicología de la salud, planteándose, que, si bien la definición de las competencias aporta a la construcción de un rol profesional para psicólogos y psicólogas en APS, esta construcción debe ser previa a una profundización en la descripción de perfiles.

La relevancia que posee este estudio de investigación tesina, puede estar determinada por dos factores, como son la actualización de información sobre el rol profesional de los psicólogos y psicólogas en su quehacer profesional en la promoción y prevención de la salud mental desde la perspectiva de quiénes trabajan en este ámbito.

Por otro lado también, la generación de nuevos conocimientos sobre las competencias más idóneas que debe poseer todo psicólogo y psicóloga que trabaja en atención primaria de salud, permitiendo a las universidades formadoras de profesionales, el cuestionamiento de la actualización de mallas curriculares, actualización del perfil de egreso y/o generar capacitaciones de educación continua sobre esta materia.

## **1.2. Planteamiento del problema**

Uno de los campos ocupacionales posibles para los egresados y las egresadas de la carrera de psicología del ámbito asistencial, son los que se desprende de la psicología de la salud, disciplina que posee amplias investigaciones y descripciones sobre el rol profesional de los psicólogos y las psicólogas de la salud, sobre atención primaria de salud y psicología de la salud como tema de estudio, realizadas por diversos investigadores e investigadoras, como por ejemplo Moncada (2015), Morales (1997), Oblitas (2004), Scharager Goldenberg, Molina Aguayo (2006), Werner Sebastiani, Pelicioni, Chiattoni (2002), entre otros investigadores e investigadoras.

Dentro de los estudios basados en el rol profesional y competencias del psicólogo y la psicóloga en prevención y promoción de la salud, se encuentra la investigación de Moncada realizada el 2015, en la cual construye una propuesta de 76 competencias idóneas que debiese poseer todo psicólogo y psicóloga que desenvuelve su quehacer en la atención primaria de salud, debido al surgimiento de una inquietud por conocer y analizar las competencias propias del ejercicio de los psicólogos y psicólogas que trabaja en prevención y promoción de la salud mental en los centros de atención primaria de salud de la comuna de Santiago.

Dentro de sus proyecciones de estudio señala “se espera que futuras investigaciones aborden aquellos aspectos que se vieron acotados en la presente, y den una visión más acabada respecto de las características requeridas para responder a las necesidades de APS acorde al Modelo de Salud Integral” (Moncada, 2015), es por ello que se busca en el presente estudio profundizar sobre las competencias que mayormente identifican en



su quehacer de psicólogos y psicólogas que se desempeñan en este servicio. Dado a esto, es que la pregunta de investigación con la que trabajará esta tesina es: ¿Cómo se vivencian las competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago?.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Conocer las competencias que más ejercen los psicólogos o las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Conocer las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales que son mayormente asociadas al ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud en la comuna de Santiago.

Conocer cómo se ejercen las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales mayormente asociadas al ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago.

Analizar las competencias propias del ejercicio profesional de los psicólogos y psicólogas que trabaja en la atención primaria de la salud de la comuna de Santiago.

### **1.4. Limitaciones del estudio**

Dentro de las limitaciones de este estudio, se encuentra el tiempo con el que brindan los profesionales que puedan participar de esta investigación, debido al tiempo de atención a pacientes y la sobrevaloración del tiempo que puedan poseer.

Una de las limitaciones de relevancia que se debe tener presente al momento de realizar este estudio, está dado por la contingencia nacional, debido al COVID-19 que el presente año afrontan los países de los diversos continentes, y sobre todo nuestro país, el acceder a una muestra se puede encontrar limitada.

Adicionalmente, puede manifestarse una aparente escasez en la cantidad de investigaciones sobre este tema con las que se pueda contar, y como así mismo, la antigüedad que estos puedan presentar.

Por otro lado, puede darse la negación por parte de algunos profesionales a participar de esta investigación tesina, generando que la muestra no sea tan amplia como se quisiese en un comienzo.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

En el siguiente capítulo, se pretende trabajar los conceptos que componen el título de esta investigación tesina, los conceptos que se describirán serán: Sistemas de Salud, Enfoque biopsicosocial y Modelo biomédico, concepto salud-estado, Modelo integral de salud, Psicología de la Salud, conceptos de promoción de la salud y prevención de la salud, competencias, y el Modelo de Mocada de psicólogos y psicólogas de APS; los conceptos serán tratados según la definición que los autores hayan trabajado, intentando ligar las diferencias conceptuales que puedan existir entre estos, y agregando algunos conceptos propios de lecturas a fines.

### **2.1. Sistemas de Salud**

Cesar Gattini define el sistema de salud de Chile “como el conjunto organizado de entidades públicas y privadas (sean éstas con o sin fines de lucro), que se relacionan de un modo u otro, con todas aquellas funciones de rectoría, organización, financiamiento, aseguramiento o provisión de bienes y servicios sanitarios, en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud” (Gattini, 2017).

Gattini postula que el objetivo esencial del sistema de salud debe ser el contribuir a preservar y/o mejorar la salud de la población, esencialmente a través de sus servicios asistenciales personales y colectivos, con el propósito de ser una respuesta coherente tanto a las necesidades de salud y como a las atenciones de salud de los diversos grupos de la población.

Mientras que el MINSAL propone la utilización de un Modelo de atención integral de salud, Angelina Dois Castellón en conjunto a otros especialistas definen este modelo como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de

integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL, 2012 p.12).

### **2.1.1. Enfoque biopsicosocial y Modelo biomédico**

El modelo de atención integral de salud anteriormente mencionado y propuesto por el MINSAL, posee una visión integral de las personas, generando que la APS tenga un enfoque Bio-Psico-Social y no se utilice el modelo tradicional o clásico (modelo biomédico), pero para ello necesita de grupos de trabajos multidisciplinarios que trabajen desde el enfoque biopsicosocial.

Francesc Borrell I. Carrió en un artículo publicado el año 2002 en España, manifestó que el modelo Biopsicosocial (con una perspectiva holística), fue postulado por Engel en 1977 debido a la carencia que manifestaba el modelo biomédico.

La propuesta realizada por Engel gozó de una buena acogida en aquellos sectores deseosos de incorporar la empatía y la comprensión en la práctica médica, pudo superar la explicación lineal que presentaba el modelo clásico (biomédico) caracterizado por su relación causa-efecto y dominante en las sociedades industrializadas de mitad del siglo XX, generando un nuevo paradigma en el mundo de la medicina y con el propósito de otorgar la palabra al paciente durante el proceso asistencial, transformándose este de ser un objeto a ser un sujeto del acto clínico (Borrell, 2002).

Engel creía que todos los fenómenos relevantes vinculados a la salud participaban de aspectos biológicos, psicológicos y de carácter social de la persona, por tanto, la ciencia deja de separar estos aspectos (dualismo) y comienza a ensamblarlos; nace entonces en el campo de la psicología la terapia familiar, haciendo un esfuerzo por ampliar la realidad y descubrir relaciones inaparentes del sujeto. Engel como creador del modelo biopsicosocial, reconoce el aporte del modelo biomédico con sus grandes aportes a la medicina, así mismo, la criticó fuertemente (Borrell, 2002).

### **2.1.2. Concepto de salud “Proceso – Estado”**

Dado lo anterior y continuando lo propuesto por Engel, puede determinarse que el modelo biopsicosocial se caracteriza por admitir que la salud y la enfermedad están determinadas por diversas causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos de diversa naturaleza y origen, en las cuales Oblitas en su libro del año 2004 “Psicología de la salud y calidad de vida”, distingue dos grupos causales, en los que intervienen elementos de “macroprocesos” (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos. etc.) como otros de “microprocesos” (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.) (Oblitas, 2004).

De acuerdo con Oblitas (2004), puede decirse, que este modelo dirige la atención a los aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud humana, y no tan solo en el tratamiento y/o rehabilitación como en el modelo biomédico, otorgándole una gran importancia a las variables del medio ambiente, social o físico. Basándose en lo anterior, este modelo sugiere entender el concepto de “salud” como un “proceso-estado”, en el cual se logre una armonía entre los ejes biológico y psicológico con el entorno socio ambiental de la persona.

Por su parte, la OMS define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, con lo que permite que el psicólogo y psicóloga pueda realizar actividades de prevención y promoción de la salud.

Si bien Oblitas (2004) da a entender a la salud como un “proceso-estado”, Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, Rojas-Russell (2014) indican que la idea de “proceso” genera que la motivación no sea un único estado, sino una sucesión de estados, en el cual, cuyo análisis no puede limitarse a lo que ocurre en un determinado momento, ni al instante mismo de la ejecución de una acción consumatoria, lo que significa que la explicación motivacional debe abarcar integralmente lo que ocurre durante el proceso motivacional.

Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, Rojas-Russell (2014), definen la motivación como un proceso psicológico concerniente con lo que origina la ejecución de una determinada acción y que se mantiene en dirección al logro de un objetivo, como también lo que determina que la acción pueda repetirse sostenidamente en el tiempo o generar que no vuelva a repetirse dicha acción.

Por su parte, Rúa en el 2003 trabaja con el concepto de salud mental como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro, de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo, el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y relacionales) y el logro de metas individuales y colectivas, congruentes con la justicia, como el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad.

### **2.1.3. Modelo de Salud Integral**

Previamente, en el apartado de Enfoque Biopsicosocial y Modelo Biomédico, se menciona el Modelo de Salud Integral, pero no es definido como tal, dado ello, en este apartado se pretende brindar una definición y descripción a modelo. Con dicho fin, se alude que el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) define al Modelo de Salud Integral como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL,2012).

A pesar que esta definición realizada por el MINSAL reconoce una visión integral de las personas, está centrada mayormente en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de las prestaciones. Debido al marco de la renovación de la APS y el proceso de Reforma del Sector Salud, como también la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, el MINSAL ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de

Salud, atendiendo la relevancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. Es, por tanto, que el Modelo de Atención Integral de Salud, ha sido conceptualizado de la siguiente forma:

Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a la búsqueda del mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral oportuna, de alta calidad y resolutive en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales (MINSAL, 2012 p.12 - 13).

El Modelo Integral de Salud descrito en el manual del MINSAL del año 2012, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual o tratamiento en caso de la presencia de enfermedad, ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).

En el apartado que a continuación se presenta, intentará describir la Psicología de la salud desde un punto de vista teórico, el que se encuentra ligado al Modelo de Salud Integral al desenvolver su campo de acción en el sistema de atención primaria de la salud de Chile, regulado por el MINSAL y Subsecretaría Ministerial de Salud de Chile (SEREMI de Salud).

## 2.2. Psicología de la Salud

Morales en su libro "introducción al estudio de la psicología de la salud" (1997), plantea que si bien, la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud sobre el concepto de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección", no está ajena a diversas críticas, primordialmente por postular un supuesto estado de "completo bienestar" que tiende aparecer de manera descontextualizada, por el hecho de describir la salud como un valor muy general que dificulta su reconocimiento y consigue generar una adecuada promoción. No obstante, esta definición es utilizada hasta hoy en día con mucha frecuencia, debido al argumento de la no existencia de una definición mejorada del concepto de salud.

Además, en relación al concepto enfermedad, Morales (1997) postula que no se dispone de una definición que sea propiamente aceptada socialmente, y si la hubiese, lo más probable es que existirían cuestionamientos muy similares a los que posee la definición de salud propuesta por la OMS. Basándose en lo anterior, puede concluirse que este es un campo que no es extraño a las polémicas que producen las definiciones de los conceptos básicos, evitando ser asumidos dichos conceptos de manera cerrada o esquemática.

Por otro lado, Mebarak y Suárez (2016) concuerdan referirse a la psicología de la salud como disciplina joven, que se encuentra en sus inicios, es debido a la data de existencia de esta disciplina como tal, el acercamiento a los tópicos propuestos por esta nueva disciplina, es a través de la psicología clínica y la psicología social. En 1978 se instaura recién como una disciplina independiente, constituyéndose así en la división 38 de la American Psychological Association (APA), basándose en los estudios realizados por William Schofield, quien muestra preocupación por la casi escasa presencia de artículos de psicología aplicados al campo de la salud, debido a que los psicólogos se



centraban en investigar temas de salud mental, más que en la aplicación de la psicología en el campo de la salud.

Por su parte, Oblitas en su libro *Psicología de la salud y calidad de vida* (2004), cita a Matarazzo, que en la revista de la APA *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology* del año 1980, define la psicología de la salud como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Mientras que Morales (1997), desde su punto de vista considera que la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y comportamentales del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud. Interesándole el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, tanto en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben.

### **2.2.1. Conceptos de Promoción de salud y Prevención de salud**

Anteriormente al describir y definir la psicología de la salud se desprendieron los conceptos de prevención y promoción de la salud, donde Oblitas (2004) con gran énfasis propone diferenciar el concepto de promoción de la salud del concepto de prevención de la salud, aunque suele usarse en conjunto o a modo de sinónimo, debido a ello se usarán

las siguientes definiciones para poder concebir una noción del rol de psicólogo y psicóloga en APS.

“La promoción de la salud, en esencia, trata de alcanzar un nivel óptimo de fortaleza estructural, capacidad funcional y sensaciones subjetivas de bienestar” (Oblitas Guadalupe, 2004).

Lemas (2004), en su escrito “promoción de salud: una propuesta desde la psicología positiva”, intenta discutir cuan relevante es una psicología orientada en la construcción teórica y la investigación hacia las potencialidades humanas, como también sus aplicaciones en la promoción de la salud dirigida a la identificación y desarrollo de fortalezas humanas, en la perspectiva de la formación de una sociedad eficaz y saludable.

Lemas (2004) considera que el psicólogo y la psicóloga de la salud debe priorizar su trabajo hacia la prevención en una perspectiva multinivel y multistémica, enfatizándose en la promoción de competencias y habilidades para afrontar situaciones problemáticas, así como apoyo social para hacer frente a cambios vitales, para generar una mejora en la capacidad de resiliencia de las personas.

Pero sobre todo, el psicólogo y la psicóloga debe orientarse hacia la promoción de la calidad de vida, en la que reconocemos componentes tales como: bienestar y/o satisfacción subjetivos, desempeño de roles sociales y condiciones externas de vida material "nivel de vida" y social, como la red social y el apoyo social; no obstante, ámbitos vitales deben ser analizados y evaluados por separado, generando una valoración de múltiples áreas, puesto que, la calidad de vida de una persona puede ser excelente en un ámbito (por ejemplo, en la familia) e inferior en otro (por ejemplo, en el trabajo), algo a tener en cuenta en todo momento, es que los cambios en la calidad de vida se generan en distintas "velocidades" de cambio que son inherentes a los distintos componentes: bienestar/ satisfacción, factores contextuales, y estado funcional.

Por otra parte, Werner, Pelicioni y Chiattonne (2002) trabajan con la definición de promoción en el ámbito de salud elaborada por Ottawa realizada el año 1986, la cual define a la promoción de la salud como el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de este proceso, con el objetivo de alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social los individuos y grupos.

La prevención de salud se diferencia de promoción de salud, debido a que “la prevención es conexas a la enfermedad, en consecuencia, encamina a la salud con una visión negativa. En su contra parte, la promoción se orienta a la salud con un sentido positivo, dado que inscribe hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano” (Oblitas Guadalupe, 2004).

Klevens, J., De La Cruz, L., Arango, P., Rodríguez, H., Peñaranda, C., Pulido, C., Rincón, M., Vargas, L., Garcia, M., Arenas, L., Estrada, D. (1989) se basan en un escrito que realizó Goldston el año 1989 para referirse al término de prevención primaria como todas aquellas “actividades dirigidas a grupos vulnerables en una comunidad, quienes no han sido catalogados enfermos siquiátricos y para quienes se pueden desarrollar medidas, para evitar problemas emocionales y/o mejorar su nivel de salud mental positivo”. A pesar de que algunos autores no limitan solamente a las intervenciones de prevención primaria a poblaciones de alto riesgo, sino que también plantean acciones de intervención encaminadas a la población general, con el objetivo de promover el bienestar mental, como así mismo lograr evitar que se desarrollen problemas de salud mental en la persona o población.

En el escrito de Klevens et al (1989), se hace mención que tradicionalmente se identifican los problemas prioritarios para prevenir problemas de salud mediante estudios epidemiológicos para establecer los factores concluyentes a tales problemas, pero la falencia de esta metodología es que es efectiva para reducir la incidencia de enfermedades infecciosas, nutricionales y enfermedades crónicas, pero en los problemas

relacionados con la salud mental no se observan una relación lineal entre las causas y las consecuencias.

### **2.3. Competencias**

Para tratar la prevención y promoción de la salud, debiese manejarse el concepto de competencias, el cual, es descrito en el estudio de Moncada (2015) como un concepto ambiguo y polisémico, por una parte, el concepto de competencia es definido en el diccionario general ilustrado de la lengua española (VOX, 1980), como “aptitud, idoneidad”; a su vez define competente como “apto, idóneo, esp. En el trabajo intelectual”.

Javier Cejudo en el año 2017, por su parte, manifiesta en su escrito “competencias profesionales y competencias emocionales en orientadores escolares”, que el término “competencia” fue acuñado por David McClelland por primera vez en el año 1973, donde expresa que las competencias están relacionadas con una metodología evaluativa que pretende discernir, por una parte, las causas para presentar un rendimiento laboral superior y, por otra parte, pretende alejarse de la evaluación de factores de personalidad asociados con rendimiento óptimo en el trabajo (McClelland, 1973).

Basándose en Lasnier (2000), Cejudo, enunció que las competencias pueden ser definidas como un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, predisposiciones motivacionales, capacidades y disposiciones que llevan a la persona a realizar un desempeño eficiente ante ciertas tareas y situaciones.

Por su parte Moncada (2015) en su estudio, trabaja el concepto de competencia de manera amplia, concordando con el planteamiento de Rial, que la palabra competencia es un concepto ambiguo y posee más de una definición, que considera todas aquellas circunstancias que son habilitantes para una determinada función o tarea. Adicionalmente Moncada (2015) en su estudio realizado en Chile, articula que para la Organización Panamericana de Salud (OPS), “las competencias son conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en juego en el desempeño profesional”, y es un concepto central

para la introducción progresiva del Modelo de Salud Integral en Atención Primaria de Salud.

Moncada (2015) en su estudio “Psicología y atención primaria de salud: Una propuesta de competencias” propone las “competencias” ideales que todo psicólogo y psicóloga de la salud debiese poseer para poder realizar de manera eficiente su labor como profesional en la prevención y promoción de la salud mental, modelo que se describe a continuación.

#### **2.4. Modelo de Moncada de psicólogos y psicólogas APS**

Moncada en su modelo de competencias, realiza dos etapas o fases de investigación, en la primera fase usa un diseño metodológico de tipo cualitativa donde utiliza la técnica de grupo Delphi para obtener los datos; y una segunda fase donde utiliza un diseño metodológico de cuantitativo, en la cual obtiene los datos mediante una encuesta.

En la primera fase o fase cualitativa, utilizó la técnica grupo Delphi, la cual, centra su objetivo es la búsqueda de consensos a partir de las subjetividades de los diferentes participantes. En esta entrevista a los participantes sin la necesidad reunirse con ellos físicamente. Entrevistó en diversas instancias a psicólogos y psicólogas, los fueron calificados como peritos y peritas. Dicha muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por juicio. Se definió como expertos y expertas a los y las profesionales que posean conocimientos actualizados basados en la práctica y experiencia. dichos criterios de inclusión para esta muestra fueron:

- Psicólogos y psicólogas de APS con 22 horas o más de dedicación y con cinco años o más de experiencia.
- Académicos y académicas de Psicología Clínica y Comunitaria.
- Encargados y encargadas de salud mental de servicios de salud.

Como instrumentos que se utilizaron en esta fase fueron dos pautas de entrevista:

En la primera pauta se les consultó a los participantes sobre qué competencias eran requeridas para el desempeño en APS. La pauta fue revisada por dos jueces y enviada a los participantes vía correo electrónico. Las respuestas obtenidas fueron analizadas el investigador y un juez externo, lo que permitió la elaboración de la primera categorización.

Posteriormente, esta información fue traspasada a una segunda pauta de entrevista, en donde los y las participantes podían manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo con la competencia mediante una escala de tipo Likert, donde 1 era muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo con la competencia. Los datos obtenidos en esta segunda pauta, fueron sistematizados en planilla Excel, permitiendo realizar los análisis de frecuencias correspondientes.

En esta primera fase del modelo de Moncada, se construyó un catálogo compuesto por 76 competencias, el cual, fue remitido nuevamente a los y las participantes del grupo Delphi para sus observaciones finales.

En la segunda etapa de la investigación de Moncada, la cual, se utilizó un diseño metodológico de tipo cuantitativo, donde se aplicó una encuesta a psicólogos y psicólogas que desempeñaban su quehacer profesional en APS, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El marco muestral fue construido a través del uso de consultas a Ley de Transparencia.

Se constituyó una base de profesionales de la psicología a quienes se invitó, vía correo electrónico, a acceder al sitio donde se alojó la encuesta online, siendo respondida por 101 participantes.

Dicha encuesta, evaluaba cada una de las competencias que fueron propuestas anteriormente por el grupo Delphi, basada en qué tan pertinente las consideraban para el desempeño en APS. Cada ítem de la encuesta corresponde a una competencia y se presenta en una escala Likert de 5 puntos, según las siguientes categorías: muy poco

pertinente para APS, poco pertinente para APS, indiferente, pertinente para APS y muy pertinente para APS.

Para la realización de esta encuesta, se realizó una aplicación piloto a 10 psicólogos y psicólogas con experiencia en APS.

Dentro de las conclusiones a las que llegó Moncada es este estudio, es que de las 76 competencias que distinguieron los expertos que trabajaron en dicho estudio, se delimitó una matriz de 74 competencias que son consideradas como pertinentes para el ejercicio de psicólogos y psicólogas en APS, las cuales se han clasificado en tres grandes grupos de competencias, las competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales, las cuales a su vez, se componen por competencias amplias (de primer orden) y competencias más específicas (de segundo orden), las que se ven reflejadas en las tres tablas pertenecientes a la propuesta realizada por Moncada el año 2015 (Tablas 1, 2 y 3 del texto de Moncada 2015). Estas competencias son coherentes con el Modelo de Salud Integral. Este resultado es necesariamente parcial e incompleto toda vez que no se ha delimitado el rol de la psicología en APS.

Tabla 1. COMPETENCIAS COGNITIVAS	
PRIMER ORDEN	SEGUNDO ORDEN
Conocimiento en enfoque teóricos para salud pública	Modelo de Salud Familiar/Comunitario Psicología de la Salud Modelos teóricos clínicos: Cognitivo Conductual, Sistémico, Analítico y Humanismo Cristiano
Conocimiento en políticas públicas de salud	Red Institucional Conocimiento de Programas de Salud Pública Conocimiento en Lineamientos Técnicos
Concepto de salud pública	Manejo de Lenguaje Técnico Interdisciplinario Conocimiento de conceptos biomédicos Conocimientos de Administración del Sistema Público de Salud

<p>Comprensión del proceso salud enfermedad</p>	<p>Domino en el comportamiento (inicio, evolución) de problemas de salud pertinentes al psicólogo/psicóloga</p> <p>Dominio de Criterios Diagnósticos</p> <p>Psicoterapéuticos:</p> <p>Clasificación internacional de enfermedades en su decima versión (CIE-10)</p> <p>Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades en su quinta versión (DSM-V)</p> <p>Otros</p>
---	---

Tabla 2. COMPETENCIAS ACTITUDINALES	
PRIMER ORDEN	SEGUNDO ORDEN
Tolerancia	<p>Tolerancia a la alta demanda y múltiple exigencia</p> <p>Tolerancia a la frustración frente a la ausencia de logros inmediatos</p>
Adaptabilidad	<p>Al usuario</p> <p>AL contexto de intervención</p>
Recursos Personales	<p>Asertividad</p> <p>Proactividad</p> <p>Responsabilidad social</p> <p>Creatividad</p> <p>Conciencia Organizacional</p> <p>Liderazgo</p>
Apertura a la interdisciplinariedad	<p>Valoración positiva del equipo de trabajo</p> <p>Valoración positiva del rol que juegan los actores de salud, tanto profesionales como no profesionales y usuarios</p>



Tabla 3. COMPETENCIAS PROCEDIMENTALES	
PRIMER ORDEN	SEGUNDO ORDEN
Habilidades comunicacionales	Habilidades para presentaciones orales Escucha activa
Habilidades relacionales	Empatía Trato amable Habilidades para establecer límites en la relación terapeuta paciente
Habilidades de registro escrito	Redacción de informes Redacción de fichas clínicas
Habilidades para el trabajo grupal y comunitario	Manejo de grupo Manejo de contextos comunitarios
Habilidades clínicas	Capacidad para desarrollar evaluación y diagnóstico Habilidades de entrevista clínica Capacidad de intervención (individual/familia/pareja) Habilidades de intervención psicoterapéutica nivel generalista (sin acreditación) Habilidades de intervención psicoterapéutica nivel especialista (sin acreditación) Consulta de salud mental Consejería Psicoeducación Intervención en crisis Intervención breve Otra forma de intervención
Habilidades de trabajo en equipo	Capacidad de trabajo en equipo Capacidad para coordinar equipos de trabajo Capacidad para generar articulación entre niveles de atención primario y secundario
Habilidades de gestión	Planificación Administración

	Registro estadístico
Habilidades de autocuidado	Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado personal Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado en el equipo de salud

Las competencias cognitivas, son descritas por Moncada, como aquellas competencias que guardan relación con los conocimientos teórico-técnicos, como, por ejemplo, conocer los enfoques teóricos para la salud pública y la comprensión del proceso salud enfermedad.

Las competencias actitudinales, por su parte, Moncada las define como aquellas competencias referidas a las valoraciones y procedimientos para el ejercicio de la salud, correspondientes al saber, siendo transversales a toda actuación profesional de los psicólogos y psicólogas.

Moncada define a las competencias procedimentales, como competencias que se refieren al dominio de herramientas para la intervención, en otras palabras, el saber hacer, las cuales, al no haber un consenso relacionado con el dominio de las habilidades terapéuticas, se conservaron las opiniones de la necesidad de contar con habilidades psicoterapéuticas a nivel de especialidad, como también un enfoque generalista, en el catálogo final.

Los resultados que se obtuvo Moncada es este modelo padecen de delimitaciones, las cuales, en la primera fase, que guarda relación con la técnica del grupo Delphi, por su naturaleza tiende a presentar un riesgo de “Forzar el acuerdo”, cuando los participantes no gozan de la posibilidad de interpelación inmediata.

Por otra parte, en la segunda fase, que guarda relación con la encuesta, puede darla la existencia de un riesgo de sesgo de autoselección, que si bien, fue remitida a 220 psicólogos y psicólogas, en donde solo 101 de ellos y ellas respondieron, dichas

respuestas pudieron estar afectada por la motivación de los y las profesionales, como también las facilidades de acceso a la encuesta, entre otras causas. además, la interpretación de los resultados es limitada, producido por una pérdida progresiva y sistemática de las respuestas, dado que se evidencia que a medida que se avanzaba en la encuesta, la cantidad de participantes responden a los ítems fue disminuyendo, implicando que de los 101 psicólogos y psicólogas que fueron encuestados y encuestadas, solo 75 de ellos y ellas, respondieron los ítems finales, lo que pudo enmascarar respuestas potencialmente relevantes.

Finalmente, en este estudio de Moncada, se espera la presencia de futuras investigaciones que aborden aquellos aspectos que se vieron acotados en esta investigación, y que puedan brindar una visión más acabada respecto a las características requeridas para responder a las necesidades de APS acorde al Modelo de Salud Integral de Chile.

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

En el presente capítulo, se describirán los conceptos metodológicos propios de esta investigación de tipo mixta, para ello, se hará una definición del tipo de investigación, como también del diseño de investigación, se realizará una definición operacional y conceptual de las variables del estudio, se realizará un procedimiento de muestreo en dos fases, primero una fase cuantitativa y posteriormente una fase cualitativa, se describirán las técnicas de recolección de datos y técnicas del análisis de los datos obtenidos, finalizando en una descripción del procedimiento del proceso de investigación de este estudio.

### **3.1. Tipos de investigación**

En esta presente investigación, se utilizará una metodología mixta cuantitativa y cualitativa de alcance exploratorio y descriptivo, esto quiere decir, que se pretenderá medir las competencias y conocer las valoraciones que los propios psicólogos y psicólogas poseen de las competencias necesarias para el ejercicio profesional y cómo estas se vivencian en su quehacer profesional.

Este estudio trabajará con un tipo de investigación de tipo mixta compuesto por tres fases. En la prime fase, es de tipo cuantitativa pues busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describe tendencias de un grupo o población (Hernández Sampieri, 2014), en el caso del estudio se construyó un instrumento para que los y las profesionales prioricen las competencias que más asocian a su quehacer diario lo permitió recabar en las valoraciones que los propios psicólogos y psicólogas poseen de las competencias necesarias para el ejercicio profesional, en función a las competencias propuestas en el estudio de Moncada (2015) y así identificar las dos más escogidas por tipo de competencias.

La segunda fase es de tipo cualitativa ya que se busca profundizar en las vivencias de los psicólogos cómo se ejercen o se relacionan con el ejercicio profesional las competencias mayormente ranqueadas en la fase anterior.

La tercera fase, se interpretan los resultados obtenidos las fases cuantitativas y cualitativas, con el fin de determinar las conclusiones, discusiones y recomendaciones a futuros investigadores sobre este tema de investigación.

### **3.2. Diseño de investigación**

El diseño de investigación en este estudio será el diseño explicativo secuencial, debido a que, en la 6ª edición del libro metodología de la investigación realizado el año 2014 por Hernández Sampieri, señala que el diseño explicativo secuencial (DEXPLIS) es caracterizado por poseer una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, y posteriormente los datos que se obtengan se recogen y evalúan de manera cualitativos.

La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos. La segunda fase se construye sobre los resultados obtenidos en la primera fase o etapa. Finalmente, los descubrimientos obtenidos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio. En este tipo de diseño se puede dar prioridad a lo cuantitativo o a lo cualitativo, como también, otorgar el mismo peso, no obstante, lo más común es primordial lo cuantitativo.

Un propósito frecuente de este modelo es utilizar resultados cualitativos para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos. Cuando se le concede prioridad a la etapa cualitativa, el estudio puede ser usado para caracterizar casos a través de ciertos rasgos o elementos de interés relacionados con el planteamiento del problema, y los resultados cuantitativos sirven para orientar en la definición de una muestra guiada por propósitos teóricos o conducido por cierto interés. Este esquema posee las mismas ventajas y desventajas del diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS) (Hernández Sampieri, 2014).

En concreto esta investigación de tesina consta de dos fases, la primera trabajada desde el enfoque cuantitativo no experimental, transversal, de un alcance exploratorio. Esta primera fase se realizará mediante un enfoque cuantitativo de diseño transversal, pues, se recopilarán los datos en un único momento, adicionalmente es de tipo exploratorio, dado que permitirá examinar las valoraciones que poseen los psicólogos y psicólogas que trabajan en la APS de la Ilustre Municipalidad de Santiago sobre las competencias propias del ejercicio profesional de los psicólogos y psicólogas que desenvuelven su quehacer profesional en la APS, a su vez, la primera fase es una investigación es de tipo no experimental, debido a que al momento de recolectar los resultados o la información en esta primera fase, no se generará ninguna situación, sino que se observaran situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En este tipo investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque se sucederán, al igual que sus efectos (Hernández Sampieri, 2014).

La segunda fase trabaja desde el enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, Hernández Sampieri (2014) manifiesta que básicamente se puede encontrar dos enfoques en la investigación fenomenológica, la fenomenológica hermenéutica y la fenomenológica empírica, trascendental o psicológica. En el caso de este estudio se realizará una investigación fenomenológica empírica, puesto que, se enfoca menos en la interpretación del investigador y más en describir las experiencias de los participantes. Hernández Sampieri (2014) menciona que Creswell, Moustakas y Wertz determinaron que los procedimientos básicos incluyen: a) determinar y definir el problema o fenómeno a estudiar, b) recopilar los datos sobre las experiencias de diversos participantes con respecto al mismo, c) analizar los comportamientos y narrativas personales para tener un panorama general de las experiencias, d) identificar las unidades de significado y generar categorías, temas y patrones, detectando citas o unidades clave; e) elaborar una descripción genérica de las experiencias y su estructura (condiciones en las cuales ocurrieron, las situaciones que las rodean y el contexto) y f) desarrollar una narrativa que combina las descripciones y la estructura a fin de transmitir la esencia de la experiencia

en cuanto al fenómeno estudiado (categorías, temas y elementos comunes: ¿qué cuestiones comparten las narrativas?) y las diferentes apreciaciones, valoraciones u opiniones sobre éste (categorías y elementos distintos: ¿en qué cuestiones difieren las múltiples narrativas de las experiencias?) (Hernández Sampieri, 2014).

Es así, que la segunda fase se realizará una investigación usando el enfoque cualitativo bajo un diseño fenomenológico, puesto que, según lo manifiesto en el libro Metodología de la Investigación (Hernández Sampieri, 2014) el propósito principal de esta fase, es explorar, describir y comprender las experiencias, en el caso de este estudio, las valoraciones de los profesionales psicólogos y psicólogas que trabajan en la APS de la comuna de Santiago, respecto a las competencias del quehacer profesional en la atención primaria de salud mental, y describir los elementos en común que surjan de tales vivencias, es decir, que esta fase se enfoca en la esencia de la experiencia compartida (Hernández Sampieri, 2014).

### **3.3. Definición operacional y conceptual de variables**

En la tabla que a continuación se presentan las definiciones de las variables utilizadas en la fase cuantitativa de este estudio, estas definiciones se basan en el Modelo de Moncada de 2015, del cual, se obtuvieron como variables las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales, las cuales fueron definidas conceptualmente bajo la definición otorgada por Morales (2015), dando paso a la definición operacional de esta fase, que se compone por las 50 competencias del listado perteneciente a la propuesta realizada por Moncada el año 2015, en la cual, propuso 74 competencias idóneas para el quehacer profesional de los y las psicólogas en la APS.

Tabla 3.1. Definición operacional y conceptual de las variables, fase cuantitativa

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Competencias cognitivas</b>	Son aquellas competencias que guardan relación con los conocimientos teórico – técnicos, como, por ejemplo, conocer los enfoques teóricos para la salud pública y la comprensión del proceso salud - enfermedad (Moncada, 2015).	<b>Ítems del 1 al 12 que corresponden a las siguientes sub competencias:</b> Modelo de Salud Familiar/Comunitario; Psicología de la Salud; Modelos teóricos clínicos: Cognitivo Conductual, Sistémico, Analítico y Humanista Gestáltico; Conocimiento de la Red Institucional; Conocimiento en Programas de Salud Pública; Conocimiento en Lineamientos Técnicos; Manejo de Lenguaje Técnico Interdisciplinario; Conocimiento de conceptos Biomédicos; Conocimiento de Administración del Sistema Público de Salud; Dominio en el comportamiento (inicio, evolución) de problemas de salud pertinentes al psicólogo; Dominio de Criterios Diagnósticos Psicopatológicos: Clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10); Dominio del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su quinta versión (DSM-V).
<b>Competencias actitudinales</b>	Son aquellas competencias referidas a las valoraciones y procedimientos para el ejercicio de la salud, correspondientes al saber, siendo transversales a toda actuación profesional de los psicólogos y psicólogas (Moncada, 2015).	<b>Ítems del 13 al 24 correspondiendo a las siguientes sub competencias:</b> Tolerancia a la alta demanda y múltiple exigencia; Tolerancia a la frustración frente a la ausencia de logros inmediatos; Adaptabilidad al usuario; Adaptabilidad al contexto de intervención; Asertividad; Proactividad; Responsabilidad Social; Creatividad; Conciencia Organizacional; Liderazgo; Valoración positiva del trabajo en equipo; Valoración positiva del rol que juegan los actores de salud, tanto profesionales como no profesionales y usuarios.
<b>Competencias procedimentales</b>	Son aquellas competencias que se refieren al dominio de herramientas para la intervención, en otras palabras, el saber hacer, las cuales, al no haber un consenso relacionado con el dominio de las habilidades terapéuticas, se conservaron las opiniones de la necesidad de contar con habilidades psicoterapéuticas a nivel de especialidad, como también un enfoque generalista, en el catálogo final (Moncada, 2015).	<b>Ítems del 25 al 50 correspondiente a las siguientes sub competencias:</b> Habilidad para presentaciones orales; Escucha activa; Empatía; Trato amable; Habilidades para establecer límites en la relación terapeuta paciente; Habilidad en la redacción de informes; Habilidad en la redacción de fichas clínicas; Habilidad para el manejo de grupo; Habilidad para el manejo de contextos comunitarios; Capacidad para desarrollar evaluación y diagnóstico. Habilidades de entrevista clínica; Capacidad para establecer encuadre; Habilidad de intervención (individual/familiar/pareja); Habilidad de intervención psicoterapéutica nivel generalista (con acreditación); Habilidad de intervención psicoterapéutica nivel especialista (sin acreditación); Consulta de salud mental; Consejería; Psicoeducación;



		Intervención en crisis; Intervención breve; Otra forma de intervención; Capacidad para trabajar en equipo; Capacidad para coordinar equipos de trabajo; Capacidad para generar articulación entre nivel de atención primaria y nivel secundario; Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado personal; Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado en el equipo de salud.
--	--	---

En la tabla que presenta a continuación corresponde a las definiciones de las variables consideradas en la fase cualitativa, se escogen las dos competencias mejores ranqueadas por cada tipo de competencias obtenidas de la fase cuantitativa de este estudio, que si bien las variables, o como Morales denominó competencias de segundo grado, este tipo de competencias no fueron definidas conceptualmente, por lo que estas definiciones conceptuales, serán definidas mediante la utilización de diversos textos teóricos, por su parte, la definición operacional generará la formulación de las preguntas para la realización de la entrevista semi-estructurada.

Tabla 3.2. Definición operacional y conceptual de las variables, fase cualitativa.

<b>TIPO DE COMPETENCIA</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
Cognitiva	Psicología de la salud.	Área de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, promoción y la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas, 2004).	¿Por qué cree usted que tener conocimientos sobre psicología de la salud es prioritario para su ejercicio profesional en APS? ¿Cómo vivencia esto en su quehacer diario?
Cognitiva	Modelo de Salud Familiar/Comunitario.	El MINSAL lo define como un Sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad (Servicio de Salud de Nuble).	¿Por qué cree usted que tener conocimientos sobre modelo de salud familiar comunitario es prioritario para su ejercicio profesional en APS? ¿Cómo vivencia esto en su quehacer diario?

Actitudinal	Adaptabilidad al usuario.	Basándose en libro de Opazo, Psicoterapia Integrativa del 2001, podría definirse como la flexibilidad terapéutica que se modifica en función a las necesidades del usuario sin perder el contexto formal de la psicoterapia (Opazo, 2001).	¿Por qué cree usted que la actitud de adaptabilidad al usuario es prioritaria para su ejercicio profesional en APS? ¿Cómo vivencia esto en su quehacer diario?
Actitudinal	Adaptabilidad al contexto de intervención.	Según lo propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL, puede definirse como la capacidad de ajustarse de los psicólogos y las psicólogas de APS a las necesidades del usuario en relación al plan de salud existente, que determina los planes de acción en el contexto de APS (basado en MINSAL, 2017).	¿Por qué cree usted que actitud de adaptabilidad al contexto de intervención es prioritario para su ejercicio profesional en APS? ¿Cómo vivencia esto en su quehacer diario?
Procedimental	Intervención en crisis.	La Intervención en Crisis (IC), será entendida como aquella intervención que se hace en un primer momento a causa de la vivencia de un evento traumático denominado como primeros auxilios psicológicos (PAP), así como también, la terapia que se realiza posteriormente, la cual es conocida como terapia de crisis (Gantiva, 2010).	¿Por qué cree usted que tener dominio de herramientas para una intervención en crisis es prioritario para su ejercicio profesional en APS? ¿Cómo vivencia esto en su quehacer diario?
Procedimental	Habilidades de entrevista clínica.	Instrumento utilizado con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en a revelación de las cuales espera obtener algún beneficio (Díaz, 1994).	¿Por qué cree usted que tener dominio de herramientas o habilidades para una entrevista clínica es prioritario para su ejercicio profesional en APS? ¿Cómo vivencia esto en su quehacer diario?

### 3.4. Procedimiento de muestreo

#### Fase Cuantitativa

Para esta fase, el universo son aquellos psicólogos y psicólogas que trabajan en los centros de atención primaria de salud de la comuna de Santiago. La población corresponde al total de psicólogos y psicólogas que trabajan en APS de la comuna de Santiago pertenecientes al municipio, los cuales son 24. La muestra de esta fase del

estudio estuvo compuesta por 4 psicólogos y 5 psicólogas que trabajan en APS de la comuna de Santiago, sus edades fluctuaron desde los 28 a 40 años.

La muestra no es probabilística pues, no es un producto de un proceso de selección aleatoria, pues estos fueron seleccionados en función de la accesibilidad brindada por el Director de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago.

Los criterios de inclusión y/o exclusión no existieron, pues, la muestra se conforma por los psicólogos y psicólogas que fueron asignados por Director de Salud de la Municipalidad de Santiago, adicionalmente, se entrevistó al 37,5% de la población, por lo que no es una muestra representativa por lo tanto no se pueden generalizar los resultados.

### **Fase Cualitativa**

La muestra de la fase cualitativa, será de participantes voluntarios, puesto que, los individuos voluntariamente acceden a participar en un estudio que explorar cómo se vivencian las competencias profesionales de los psicólogos y psicólogas que trabajan en la APS. Esta clase de muestra también se le puede llamar autoseleccionada, ya que las personas se proponen como participantes en el estudio o responden a una invitación (Hernández Sampieri, 2014).

El universo de esta fase lo componen profesionales de psicología que trabajan en el ámbito de atención primaria de salud de la comuna de Santiago.

La Población estará compuesta por aquellos psicólogos y psicólogas que desenvuelven su quehacer profesional en los centros de atención primaria de la comuna de Santiago. El tipo de muestra es homogénea, pues se busca describir a un subgrupo en profundidad, ya que se pretende explorar cómo se vivencian las competencias profesionales de los psicólogos y psicólogas que trabajan en la APS.

En virtud de lo anterior, es que los criterios de inclusión y/o exclusión, será la antigüedad en el cargo, donde se espera que el o la participante posea como mínimo entre 1 año y 6 meses o 2 años de antigüedad trabajando en la APS, ya que permite que el o la entrevistada tenga un cúmulo de experiencia necesario para que quede reflejado en la entrevista.

### **El procedimiento de acceso a la muestra**

Se contactó a algunos psicólogos y psicólogas por si quieren gustan participar de esta investigación, adicionalmente se solicita autorización a Dirección de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago para poder entrevistar a los psicólogos y las psicólogas que trabajan en los centros de atención de primaria de salud de la comuna de Santiago, a la cual, se le comenta que se realizará un entrevista mediante correo electrónico, con el fin de no interferir en la atención de los y las participantes, como también, debido a la crisis sanitaria que afronta el país, no es posible realizar una entrevista de manera presencial.

### **Descripción de la muestra**

La muestra se conforma por 3 psicólogos y 2 psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud en la comuna de Santiago, cuya antigüedad en el cargo o puesto de trabajo se esperaba como mínimo fuese de 1 año 6 meses o 2 años, y la antigüedad en el cargo osciló entre 2 año 6 meses y 7 años, donde las horas semanales de trabajo promedio es de 40 horas, los y las participantes accedieron voluntariamente a la investigación de tesina.

Los grados académicos de los y las participantes fue diverso, tres de los y las participantes manifestó no haber realizado ningún estudio de post-título, solo dos de los y las participantes manifestó haber realizado post-título, los cuales serán diplomados en psicoterapia y diplomados de psicología en intervención clínica.

### 3.5. Técnicas y recolección de datos

Los instrumentos contruidos de ambas fases se encuentran adjuntados en anexo C y D.

#### Fase cuantitativa

Se realiza un *cuestionario de auto-reporte* que consta de dos ítems, el objetivo de este es conocer la labor profesional y cuáles son las competencias más necesarias (valoradas) para el ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en APS. Este instrumento fue aplicado al 40% de los profesionales psicólogos y psicólogas que trabajan en los centros de atención primaria de salud pertenecientes al municipio de Santiago.

El primer ítem está compuesto por 9 preguntas y está enfocado en conocer la actividad que realiza o se desempeña el profesional psicólogo y psicóloga en la Atención Primaria de Salud; el segundo ítem está enfocado en conocer desde la percepción de las y los propios profesionales, cuáles son las competencias de mayor relevancia para quehacer profesional del psicólogo y psicóloga en la Atención Primaria de Salud.

#### Fase cualitativa

En la segunda fase, cuyo objetivo es la búsqueda de consenso a partir de las subjetividades de los y las diferentes participantes en lugar de probar presupuestos teóricos. La técnica de recolección de datos es una entrevista cualitativa, por lo que se realizó una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas a los y las participantes. La pauta de entrevista estará conformada por dos preguntas tipo:

El primer tipo de pregunta, se enfoca la definición operacional de cada competencia mejores ranqueadas, las cuales fueron obtenidas previamente la fase cuantitativa de este estudio, para ello, se preguntará conceptualmente cada competencia en función de las

dos competencias mayor ranqueadas para cada tipo de competencia, estas son: Competencias Cognitivas, Competencias Actitudinales y Competencias Procedimentales. la pregunta que a continuación se presente a modo de ejemplo: ¿Por qué cree usted que tener (conocimiento, actitudes y herramientas) (según competencia de primer grado) es prioritario para su ejercicio profesional en APS?.

Adicionalmente, se le realizará la pregunta ¿Cómo se vivencia esto en su quehacer diario?, con el fin de explorar como cada competencia anteriormente tratada, para explorar como se manifiesta la competencia en la práctica profesional de los y las psicólogas que trabajan en la APS.

Debido a la crisis de salud que enfrenta el país al momento de la realización de esta investigación tesina, no será necesario reunirse físicamente, enviándose esta entrevista a los y las participantes mediante correo electrónico, o realizadas mediante plataformas de video conferencia como pueden ser ZOOM, Hangouts, Skype u otro medio facilitador de videoconferencia. Estas entrevistas pueden realizarse en sucesivas instancias o en sola una instancia, dependiendo de la necesidad que este estudio presente al momento de la obtención de la información, las y los psicólogos calificados para este estudio como expertos serán aquellos que desenvuelvan su quehacer profesional en la APS de la comuna de Santiago.

### **3.6. Técnicas de análisis de datos**

#### **Fase cuantitativa**

Para poder analizar los datos obtenidos en la recolección de datos, se realizó un análisis estadístico exploratorio de los dos ítems que componían el cuestionario de manera independiente, puesto que, en el primer ítem se analizaron las respuestas otorgadas por los participantes para conocer el quehacer o actividades que desempeñaban los psicólogos en los centros de APS.

En el segundo ítem, compuesto por un listado de 50 competencias, en el cual se pide a los psicólogos que elijan 5 competencias, las cuales, se cuantificaron las valoraciones que poseían los y las participantes, con el objetivo de poder conocer las valoraciones sobre las competencias ideales que debiese poseer cada psicólogo y psicóloga que trabaja en los centros de APS por medio de distribución de frecuencias. Es decir, se cuantificó cuantas veces cada participante escogió cada competencia.

Al momento de realizar los análisis, no se correlacionaron las respuestas en ninguno de los ítems, dado que, en este estudio no se pretendió analizar las variables, sino que explorar las valoraciones y percepciones de los y las participantes, lo cual, permite conocer cuál es la función o actividad que suelen realizar mayormente, y cual o cuales son las competencias que estiman primordiales para el desarrollo del quehacer profesional. Por tanto, las técnicas de análisis de datos utilizadas fueron tablas de frecuencia y/o gráficos para representar la información obtenida.

### **Fase cualitativa:**

Los datos obtenidos en la recolección por medio de una entrevista cualitativa, serán analizados según la técnica de análisis cualitativo de carácter fenomenológica, en donde se determina como objeto de estudio explorar las valoraciones que poseen los y las participantes acerca de las competencias que deben poseer los psicólogos y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago.

Una vez recogida las respuestas de las entrevistas, se preparan los datos para su posterior análisis, en la cual se trabajará con la limpieza de audios y/o transcripción de los datos verbales en forma de texto.

Posteriormente se revisarán los datos obtenidos de cada entrevista, con el fin de buscar generalidades o consensos de las respuestas de cada entrevista, con el fin de explorar y conocer las valoraciones de las competencias que los y las participantes estiman que debe poseer todo psicólogo y psicóloga que trabaja en la APS.

Finalmente, se realizarán conclusiones de los datos obtenidos, para dar paso a la fase final de este estudio de metodología de investigación mixta, en la cual, se analizarán los resultados obtenidos en las fases cuantitativa y cualitativa, para poder generar conclusiones, discusiones y recomendaciones.

### **3.7. Criterios de rigor científico**

#### **Fase Cuantitativa**

##### **Confiabilidad y validez del instrumento**

El instrumento aplicado no posee una confiabilidad determinada, debido a que Hernández Sampieri (2014), define a la confiabilidad de un instrumento de medición como el grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados lo que en esta investigación se debe al hecho de que en el primer ítem del instrumento exploraba las actividades que realiza al momento de la aplicación de este instrumento, y en el segundo ítem explora las valoraciones que posee el o la participante del estudio en función a un listado de 50 competencias, las cuales fueron obtenidas de una investigación realizada por Moncada el año 2015. Es por ello, que el instrumento aplicado en esta fase, no posee una confiabilidad deseada, puesto que, si se repitiera a los y las mismas participantes, los resultados podrían variar a los resultados iniciales.

En relación a la validez del instrumento aplicado, no se presenta una validez total, dado que, la variable a medir eran las valoraciones de los y las participantes, y el instrumento que consta de dos ítems, en el primero de ellos, midió o se basó en las en explorar las actividades que realiza en los centros de atención primaria de salud, y el segundo ítem del estudio trabaja con las valoraciones y/o puntos de vista de los y las participantes.



Dado lo anterior, la confiabilidad y la validez del instrumento aplicado, no pueden ser probadas, debido a las condiciones en las que se aplica el instrumento de medición, como también la falta de estandarización del instrumento aplicado a la muestra.

### **Criterios de objetividad**

Hernández Sampieri (2014) define la objetividad del instrumento, como el grado en que el instrumento es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan. Basado en esta definición, los criterios de objetividad del instrumento aplicado, se refuerzan mediante la estandarización en la aplicación del instrumento, debido a que, a los y las participantes se les expresaron mismas instrucciones, lo que genera una igualdad de condiciones para todos los y las participantes del estudio, en otras palabras, todos los casos fueron lo más similar posible, generando que la influencia del investigador se reduzca al mínimo posible durante la aplicación del instrumento.

### **Fase Cualitativa**

#### **Rigor en la investigación cualitativa**

Si bien, durante toda la realización de una indagación o investigación cualitativa, se aspira a realizar un trabajo de calidad que cumpla con estándares de calidad y de rigor de la metodología a emplear en la investigación cualitativa. Los principales autores en la materia, como por ejemplo Saumure y Given, Hernández-Sampieri y Mendoza, y Cuevas, han formulado una serie de criterios para establecer cierto grado con la confiabilidad, validez y objetividad cuantitativa (Hernández Sampieri, 2014), Hernández Sampieri (2014) opta por utilizar el término rigor, en lugar del término validez o confiabilidad.

## **Dependencia**

Hernández Sampieri, manifiesta que la dependencia puede ser definida como el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes, en otras palabras, puede concebirse como la consistencia de los resultados.

Hernández Sampieri (2014), menciona la existencia de dos clases de dependencia: la interna (grado en el cual distintos investigadores, al menos dos, generan categorías similares con los mismos datos) y la externa (grado en que diferentes investigadores generan categorías similares en el mismo ambiente y periodo, pero cada quien recaba sus propios datos). En ambos casos se trata de verificar la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo. Las falencias de la dependencia, son básicamente los sesgos que pueda introducir el investigador en la sistematización durante la tarea en el campo, el análisis y la inexperiencia del investigador para codificar.

En el caso de este estudio, la dependencia se aplica mediante el empleo de una prueba que la recolección fue llevada a cabo con cuidado y coherencia, por medio de una entrevista, en la cual, a todos los y las participantes se les preguntó lo que era necesario, lo mínimo indispensable vinculado al planteamiento, y las todas las entrevistas realizadas, poseían las mismas preguntas, las cuales fueron respondidas en su totalidad, para ello, se transparentará el libro de códigos se adjuntará en el anexo G y las transcripciones de las entrevistas realizadas, se adjuntarán en el anexo H.

## **Credibilidad**

La credibilidad es llama también como máxima validez, y se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema (Hernández Sampieri, 2014), también con nuestra capacidad de comunicar el lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes.

En el caso de este estudio, para la credibilidad, se realizará una corroboración estructural, para ello, se reunirán los datos recolectados en las entrevistas, con el fin de realizar conclusiones o consensos que conceptualmente se soporten, permitiendo establecer conexiones o vínculos que eventualmente generen una conclusión basada en la evidencia que se posee y/o que lo conforman.

### **3.8. Aspectos éticos**

Con respecto a los *Aspectos Relativos a la Investigación en Psicología*, dentro del código del Colegio de Psicólogos de Chile (1999), se establece que el psicólogo o psicóloga a deberá obtener el consentimiento informado, expreso y por escrito de los participantes, en caso que las investigaciones pongan en riesgo su privacidad; particularmente cuando se contemple cualquier clase de registros, filmaciones y/o grabaciones que puedan ser utilizadas en reportes posteriores, adicionalmente el sujeto de investigación tiene el derecho de suspender su participación en el momento que así lo estime conveniente. Al momento de realizar investigaciones en instituciones públicas o privadas, el psicólogo o psicóloga que realizará el estudio, deberá solicitar autorización a la autoridad correspondiente y comunicar a ésta los objetivos, sentido y alcances del estudio o investigación.

Es por ello, que para ambas fases del estudio se realizó un consentimiento informado, el que debía ser firmado por los y las participante, en el cual, se presenta al investigador, se le explica en que consiste el estudio a realizar, y se asegura la confidencialidad y anonimato de los datos, como también, su carácter voluntario y que poseen la libertad de dejar de participar en la investigación en cualquier momento. Adicionalmente, se les menciona que se le proporcionará toda la información que requieran sobre la investigación y se les invita a participar de esta.

También se les informa a los y las participantes la modalidad de la aplicación del instrumento de recolección de datos, en la que se detalla cuantas sesiones se realizarán, día y hora a realizarse (previa confirmación de las partes) y que esta investigación no posee ningún costo para los y las participantes.

Para finalizar el consentimiento informado, se expresa de manera escrita, la duración aproximada de la investigación, se manifiesta que, si poseen alguna duda sobre la investigación, pueden realizar preguntas en cualquier momento durante su participación.

Los consentimientos informados de cada fase, se encuentran adjuntados en anexos A y B.

### **3.9. Viabilidad de la muestra**

Las fichas sociodemográficas de cada fase, se encuentran adjuntos en anexos E y F.

#### **Fase Cuantitativa**

El acceso a la muestra de esta fase, dependió de la autorización brindada por Director de Salud de la Dirección de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago, debido a que la muestra fue conformada por psicólogos y psicólogas que trabajaran en los CESFAM de la comuna de Santiago, los cuales dependen directamente del Municipio.

#### **Fase Cualitativa**

Debido a la crisis sanitaria que enfrenta el país y el mundo debido al COVID-19, se genera una dificultad para el investigador pues producto de las cuarentenas y cordones sanitarios establecidas por las autoridades del país, se hace complejo acceder a la muestra de manera presencial, por lo cual, la muestra deber ser contactada mediante llamada telefónica o mediante el uso de algún medio electrónico, tanto para consultarle por su voluntad y disposición a participar de la investigación, como también, para la realización de la entrevista cualitativa que se emplea en el estudio para la recopilación de la información.

### 3.10. Procedimiento

Los procedimientos realizados en esta investigación tesina, pueden clasificarse en cuatro fases o etapas propias de la investigación, las cuales, serán nombradas como Fase Previa o Primera Instancia, Fase Cuantitativa, Fase Cualitativa y Fase Mixta o Final.

En la fase previa o primera instancia, se realiza una revisión de los antecedentes teóricos existentes el tema de investigación, que en el caso de este estudio es el *Rol del Psicólogo y Psicóloga en Prevención y Promoción en Psicología de la Salud*, en la cual, se trataron temas como, Sistema de Salud, Enfoque Biomédico y Bio-Psico-Social, concepto de salud como proceso – estado, Modelo de Salud Integral, Psicología de la Salud, conceptos de Promoción y Prevención de Salud, Competencias, y el Modelo de Moncada de Psicólogos y Psicólogas en APS.

En la fase cuantitativa se realiza la creación de un consentimiento informado y la construcción de instrumento de recolección de datos el cual es un cuestionario de auto-reporte, compuesto por dos ítems, el primer ítem relacionado con el quehacer profesional de los psicólogos y psicólogas en APS, y el segundo ítem que acerca de las valoraciones que brindan los psicólogos y psicólogas al rol del psicólogo y psicóloga en prevención y promoción de la salud mental, sobre las competencias propuesta por Moncada en su estudio *Psicología y atención primaria de salud: Una propuesta de competencias*, del año 2015, y una ficha sociodemográfica con la intención de poder describir la muestra del estudio. A continuación, se procede a la aplicación del instrumento de recolección de datos antes mencionado, para posteriormente analizar los de resultados obtenidos, para así, poder dar paso a la Fase Cualitativa de este estudio.

La fase cualitativa, da continuidad a la fase anterior, en esta se realiza la construcción de instrumento de recolección de datos basado en los resultados obtenidos en la fase cuantitativa, para ello se analizan las dos competencias más ranqueadas en cada categoría de competencias determinadas por Moncada en su estudio *Psicología y atención primaria de salud: Una propuesta de competencias*, del año 2015. Luego de la

ello, se realiza la aplicación de este instrumento a una nueva muestra, para posteriormente poder análisis de resultados. Esto permite proceder con la Fase Mixta de este estudio.

En esta fase mixta o fase final, se interpretan los datos conjugando las fases cuantitativas y cualitativas, en donde, se presentan los resultados obtenidos y se da paso a la interpretación de los estos resultados, con el fin de determinar las conclusiones, discusiones y recomendaciones a futuros investigadores sobre este tema de investigación.

## **CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

### **4.1. Presentación de Resultados**

#### **Primera fase del estudio**

Los resultados de la fase cuantitativa de este estudio realizado, en relación a Competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago, fueron posibles obtenerlos mediante un cuestionario de auto-reporte que consta de dos ítems, en primer ítem relacionado con la practica o actividades que realizan en la APS, y el segundo ítem de la fase cuantitativa, que guarda relación con las competencias ideales que debiese poseer todo psicólogo y psicóloga que trabaja en la atención primaria de salud.

#### **Resultados ITEM 1**

En relación al primer ítem, los profesionales que participaron de este estudio manifestaron el que 67% de ellos realiza o ha realizado actividades de Promoción, y solo un 56% de los participantes ha realizado actividades de Prevención.

En cuanto a las temáticas que pudiesen tratar en las consultas en los centros de APS, un 22% menciona haber tratado algún tipo de Trastorno de Salud Mental asociados a la violencia (Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar, Bullying, entre otros); un 33% manifestó haberse topado con Trastornos de hiperactividad y de la atención de Niños y Adolescentes.

El 67% de los encuestados manifestó haber tratado o estar tratando la depresión y/o estrés en sus consultas, solo un 22% responde haber tratado Trastornos Psiquiátricos más Importantes (como la esquizofrenia); un 44% de los participantes mencionó haber estado en presencia de Enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Un 44% dijo haber tratado Abuso y dependencia del alcohol y las drogas; y solamente un 22% de

los encuestados respondió a ver en alguna ocasión dejado de hacer cosas porque no confiaba en sus propias capacidades. Esto puede verse graficado en la siguiente tabla:

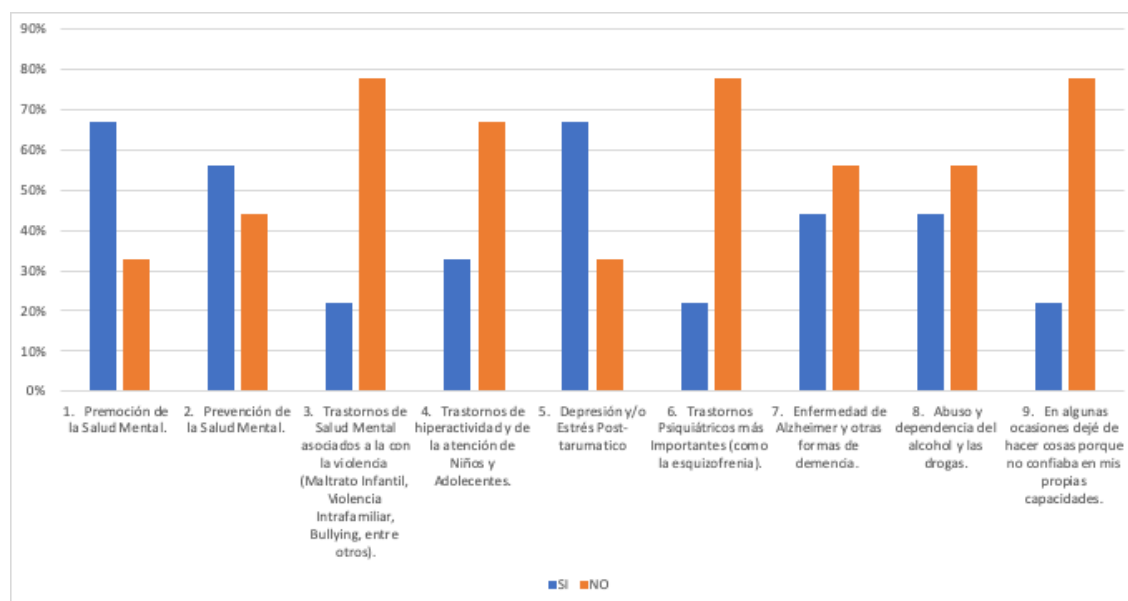


Tabla 4.1: Gráfico de actividades relacionada a los psicólogos que trabajan en los centros de atención primaria.

## Resultados ITEM 2

En relación al segundo ítem, cuya pregunta era “A continuación, se presenta un listado con 50 competencias obtenidas de una investigación previa definidas por los propios psicólogos, usted deberá seleccionar 5 de ellas y ranqueadas según su prioridad, no se podrá repetir ningún número del ranking.” Sobresalieron 2 competencias de segundo orden, las cuales se categorizan en 3 competencias de primer orden sobre el resto del listado.

Un 67% de los participantes determinó que Intervención en crisis era una de las competencias más importantes que debiese poseer todo psicólogo que desenvuelve su quehacer profesional en la atención primaria de salud mental. Un 56% coincidió que las habilidades de la entrevista clínica, es primordial para la realización de una adecuada intervención terapéutica; mismo porcentaje (56%) concluyeron que la adaptabilidad al

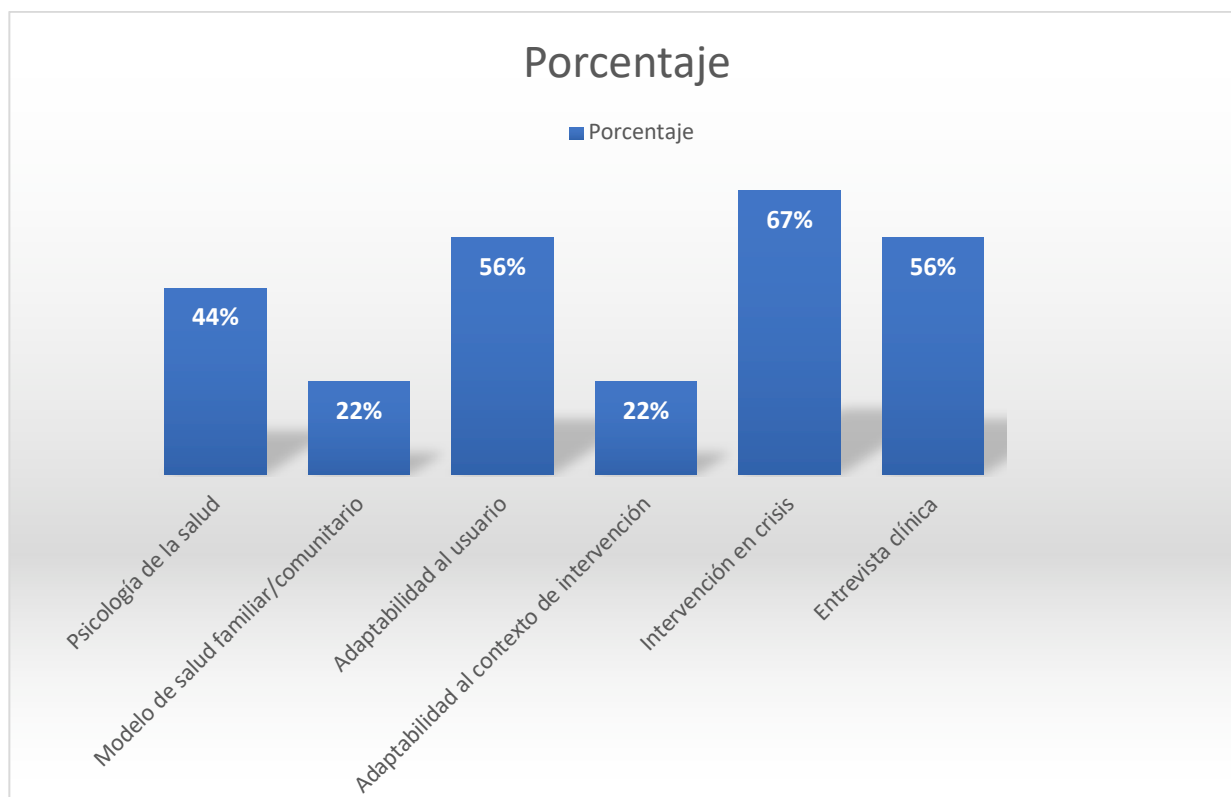


usuario es importante tanto para un tratamiento como para una intervención profesional adecuada a las necesidades de los usuarios de los centros.

Si bien 22% de las y los participantes opinaron que tener habilidades de intervención (individual/familiar/pareja), manejar la escucha activa, y un 44% de los y las participantes conocer o manejar los conceptos de Psicología de la Salud también son importantes, estimaron que las competencias que obtuvieron los mayores porcentajes de elección, son las que ayudan al psicólogo a poder desarrollar planes de acción en prevención y promoción de la salud, como también en la generación de terapias que sean más efectivas para los usuarios de los centros.

No obstante que las competencias fueron propuestas por psicólogos en un estudio previo, la mayoría de los participantes de este estudio, coincidió que algunas de las competencias del listado, eran mayormente habilidades que todo psicólogo en formación debiese adquirir, por lo cual se espera que las posean, dejando de ser competencias que se puedan encontrar en la práctica del quehacer profesional del psicólogo, como por ejemplo la habilidad de dominio de los Criterios Diagnósticos Psicopatológicos: Clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10) y la habilidad de dominio del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su quinta versión (DSM-V).

En la siguiente tabla, pueden apreciarse gráficamente las competencias más valoradas que los propios profesionales psicólogos y psicólogas, le brindaron a las competencias obtenidas de una investigación realizada el año 2015 por Moncada, en la cual, propuso 76 competencias:



*Tabla 4.2. Gráfico que describe en porcentaje las competencias más rankeadas por los y las participantes del estudio como más idóneas que poseer el profesional psicólogo de la atención primaria de salud de un listado de 50 competencias.*

En resumen, en las competencias cognitivas las competencias mayormente rankeadas fueron Psicología de la salud con un 44% y Modelo de salud familiar/comunitario con un 22%.

En cuanto a las competencias actitudinales, las competencias que fueron más rankeadas fueron adaptabilidad al usuario con un 56% y adaptabilidad al contexto de intervención con un 22%.

En relación a las competencias procedimentales, las dos competencias más rankeadas fueron intervención en crisis con un 67% y la entrevista clínica con un 56%.

En la segunda fase de este estudio, recoge los resultados anteriormente presentados, dando continuidad a este estudio, los cuales una vez analizados, permite la

formulación de una entrevista cualitativa, cuyo objetivo es la búsqueda de consenso a partir de las subjetividades de los y las diferentes participantes en función las competencias más ranqueadas de cada tipo de competencia, las que se categorizan en competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales.

## **Segunda fase del estudio**

En esta segunda fase del estudio, se empleó una metodología cualitativa, la cual permitió conocer las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales propias del ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud, analizando su prioridad y como se vivencian estas competencias, como también, el conocer las competencias consideradas idóneas para la prevención y promoción de la salud por los y las participantes, y conocer cuáles son las más relevantes y cuales son menos relevantes en la atención primaria de salud.

### **a. Explicación de la prioridad**

Para poder realizar una explicación de la prioridad de las competencias consideradas como más idóneas para el ejercicio profesional en APS, se analizarán las competencias de manera individual, las cuales, categorizadas en competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales, al igual como fueron categorizadas en el estudio de Moncada el año 2015.

#### **a.1 Competencias cognitivas**

Las competencias que componen esta categoría son las competencias de psicología de la salud y el modelo de salud familiar/comunitario analizadas desde su prioridad en el ejercicio profesional de la APS, en síntesis, los hallazgos que se pudieron encontrar de manera general, es que ambas competencias, son consideradas como importantes para el ejercicio profesional de los y las psicólogas en la atención primaria.

**Psicología de la salud:** Las semejanzas de los relatos de los y las participantes, es que esta competencia, fue considerada como importante o muy importante, por el hecho de brindar herramientas para tratar la prevención y promoción de la salud. La diferencia que puede apreciarse al momento de analizar las respuestas de las encuestas, es que si bien, la mayoría de los participantes la consideró de importancia, en un caso fue considerada como recomendable, lo que, al momento de realizar un análisis, no afecta al consenso de opiniones, puesto que, la valoración de las y los profesionales al ser diferentes, permite una mayor apreciación de esta competencia. En la entrevista nº2, párrafo 8 se relata que *“es muy importante saber sobre psicología de la salud ya que entrega muchas herramientas sobre prevención y promoción de la salud”*.

**Modelo de salud familiar/comunitario:** Las semejanzas de las respuestas encontradas al momento de consultar por si consideran relevante el modelo de salud familiar/comunitario, puede apreciarse que si es considerada esta competencia relevante por los y las participantes para el ejercicio profesional de las y los psicólogos en APS, un entrevistado expreso que esta competencia *“Es fundamental, ya que el modelo de salud familiar es que el rige en la APS en Chile”* (entrevista nº1, párrafo 10). Mientras que otro entrevistado manifestó que *“Si, es de suma importancia poder tener una mirada sistémica, multifactorial involucrando a los diferentes actores en salud mental de los usuarios en conjunto con los factores socio afectivos, de vivienda, económico y de salud”* (entrevista nº4, párrafo 10).

## **a.2 Competencias actitudinales**

Las competencias que componen esta categoría son las competencias de adaptabilidad al usuario y adaptabilidad al contexto de intervención, analizadas desde su prioridad en el ejercicio profesional de la APS, al momento de realizar el análisis de los relatos de los participantes, de ambas competencias, no se encontraron diferencias en los relatos, por lo cual, en ambas competencias se pudo observar un pleno consenso.

**Adaptabilidad al usuario:** la síntesis que se obtuvo de esta competencia en función de su prioridad en el ejercicio profesional de la APS, es considerada indudablemente relevante, debido a que como los y las participantes relatan que al adaptarse al usuario permite generar un buen trato hacia el paciente, al momento de realizar la comparación de los relatos de los y las participantes, no se encontró alguna diferencia en el relato, por lo que, se puede decir que si existe un consenso, de que como se manifiesta en la entrevista nº 5, párrafo 14 “... es relevante el poder adaptarse al usuario para el quehacer profesional en APS”.

**Adaptabilidad al contexto de intervención:** Al momento de realizar las comparativas de las narrativas de los participantes, no se encontraron diferencias en los relatos, y en síntesis, la adaptabilidad al contexto de intervención es considerada como muy importante debido a que debe tenerse en consideración los problemas de insumos y de infraestructura, y a los diferentes contextos o eventos que se van originando como es el caso de la crisis sanitaria que afronta el país, un ejemplo de ello es lo relatado en la entrevista nº4, párrafo 14 “... es importante tener la capacidad de ir adaptándose a los diferentes contextos y eventos que van sucediendo, en un ambiente que está en constante movimiento”.

### **a.3 Competencias procedimentales**

Las competencias que componen esta categoría son las competencias Intervención en crisis y habilidades de entrevista clínica, analizadas desde su prioridad en el ejercicio profesional de la APS, no se encontraron mayores diferencias en los relatos de ambas competencias.

**Intervención en crisis:** En esta competencia no se observaron diferencias en los relatos, y fue considerada por los y las participante como una herramienta relevante y fundamental, argumentando que los usuarios de las APS, acuden con diferentes patologías, y en ocasiones estas patologías llegan descompensadas, como pueden ser los casos de crisis de pánico, estrés post traumático, intentos suicidas y situaciones

producidas por el contexto de la pandemia, un ejemplo es la entrevista nº4 párrafo 16, donde se expresa que *“es de suma relevancia tener herramientas en intervención en crisis, ya que somos el primer lugar donde acuden pacientes con diferentes patologías y en las que muchas ocasiones llegan descompensadas y es necesario poder intervenir de manera eficiente y eficaz, con las competencias y herramientas que posee cada profesional”*.

**Habilidades de entrevista clínica:** Es considerada por las y los participantes como importante y/o elemental para el quehacer o ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria. Dentro de los relatos otorgados por los y las participantes, se puede apreciar, que es definida *“es fundamental, hasta el día de hoy la imagen más persistente y frecuente en la población y en los equipos de salud con respecto a la figura del psicólogo apunta a la idea de un profesional de box que evalúa y trata a pacientes con trastornos o patologías en salud mental”* (entrevista nº1, párrafo 18)

## **b. Como se vivencia esta competencia**

Para poder realizar una explicación de cómo se vivencian las competencias consideradas como más idóneas para el ejercicio profesional en APS, se analizarán las competencias de manera individual, las cuales, categorizadas en competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales, al igual como fueron categorizadas en el estudio de Moncada el año 2015.

### **b.1 Competencias cognitivas**

Las competencias que componen esta categoría son la psicología de la salud y el modelo de salud familiar/comunitario, analizadas desde cómo se vivencia en el ejercicio profesional de APS, en síntesis, los hallazgos que se pudieron encontrar de manera general, es en la generación de planes de acción para la prevención y promoción de la salud, y en trabajar idealmente desde una perspectiva biopsicosocial en el nivel primario de atención.

**Psicología de la salud:** Al preguntar por cómo se vivencia esta competencia en la práctica profesional, no existió un consenso sobre cómo se vivencia esta competencia en la práctica profesional que ocurre en la atención primaria, por lo cual, puede inferirse que la forma en que se vivencia esta competencia, es en la generación de planes de acción para la prevención y promoción de la salud, como también en la solución de problemáticas que pueden ser solucionadas o tratadas mediante el trabajo en equipo compuesto por diversos profesionales de la salud. Las diferencias de en los relatos recae en la manera en cómo se ejerce o ejecuta esta competencia en la práctica profesional en la APS. En la entrevista n°2 párrafo 8, se expresa que “esta competencia cognitiva se hace primordial en el sentido de hacer prevención de la salud mental a los pacientes que se atienden en Atención Primaria de Salud”. En la entrevista n°4 párrafo 8, se expresa que “... es necesario poder resolver problemas, tener la capacidad de crítica para evaluar datos y líneas de acción... tomar decisiones lógicas de forma imparcial y razonada... trabajar en equipo con los demás profesionales y el trabajo en red que es muy importante”.

**Modelo de salud familiar comunitario:** Al momento de analizar los relatos, se encontró la existencia de diferencias en la apreciación de como debiese trabajarse esta competencia en el ejercicio profesional, a pesar, de tener un objetivo en común, que es permitido mediante una perspectiva biopsicosocial. La semejanza de los relatos de esta competencia se aprecia al momento de trabajar idealmente desde una perspectiva biopsicosocial en el nivel primario de atención enfocado en el éxito de una la prevención y promoción de la salud, como también, involucrando un trabajo en equipo dirigido a las redes de apoyo de las personas. Un pequeño ejemplo de las diferencias en los relatos es la entrevista n°4 párrafo 10, donde se expresa “*Esto permite involucrar el trabajo en equipo y en coordinación con los diferentes agentes de la red. Buscando obtener éxito en la atención primaria de salud, con calidad en la atención y efectividad en los resultados*”, y en la entrevista n°5 párrafo 12 expresa “*...se vivencia al momento de ver a la persona como un ser social analizando al usuario desde el modelo biopsicosocial, con lo cual ve analizan sus redes de apoyo, que suelen ser mayormente la familia*”.

## b.2 Competencias actitudinales

Las competencias que componen esta categoría son las competencias de adaptabilidad al usuario y adaptabilidad al contexto de intervención, analizadas desde cómo se vivencian en el ejercicio profesional de la APS, en las cuales, se encontraron diferencias y semejanzas en los relatos.

**Adaptabilidad al usuario:** En esta competencia no se observaron diferencias en los relatos de los y las participantes, en las semejanzas, los y las participantes, concuerdan que se vivencia en la adaptación del lenguaje que sea cómodo o entendible para la o el usuario que acude al centro de salud, adicionalmente, el paciente a ser un ente en constante cambio, el poder adaptarse al paciente permite la generación de un plan de intervención acorde a las necesidades y problemáticas de cada usuario. Esto se manifiesta en la entrevista nº3 párrafo 12, *“... existen protocolos y normas éticas, uno de los factores de relevancia en la adaptación al usuario es el uso del lenguaje, donde uno debe usar un lenguaje o términos que el usuario entienda y pueda manejar sin dificultad”*, y en la entrevista nº5 párrafo 15 *“Esta competencia o habilidad, permite al profesional modificar su lenguaje a un lenguaje que pueda entender el usuario, y como cada paciente es un universo único e irrepetible, hay que adaptarse también a las necesidades propias del usuario”*.

**Adaptabilidad al contexto de intervención:** En síntesis, esta competencia, se vivencia en las condiciones en que se efectúa la intervención de los y las psicólogas, donde un caso que hoy se consigue observar es la pandemia, la cual, está afectando a todas las personas, generando un aumento en las demandas de los usuarios a los centros de salud primarios con son los CESFAM. Las diferencias obtenidas en los relatos de las y los participantes, se producen en que algunos y algunas participantes se enfocan en la infraestructura, en la cual el box o sala de consulta, debe cumplir con algunas condiciones clínicas que en ocasiones no cumple, y otros participantes se enfocan en el contexto generado por la pandemia que afecta al país. Las diferencias pueden verse al comparar o contrastar la entrevista nº1 párrafo 14 que manifiesta *“Lo más probable es que los recién*



egresados y que deseen desempeñarse en APS trabajarán en lugares donde deban compartir box, donde el box tal vez no cumpla con las condiciones clínicas, que el box tenga una camilla, etc. Por eso, es pertinente contar con una postura flexible al respecto” con la entrevista nº4 párrafo 14 que expresa que *“ahora en tiempos de pandemia, hemos podido observar un aumento en las demandas de los usuarios, con diferentes signos, síntomas y patologías en salud mental y hemos tenido que ir adaptándonos al teletrabajo con los mismos usuarios para poder permanecer eficaz en la atención de estos pacientes”*.

### **b.3 Competencias procedimentales**

Las competencias que componen esta categoría son las competencias Intervención en crisis y habilidades de entrevista clínica, analizadas desde cómo se vivencian en el ejercicio profesional de la APS, no se encontraron mayores diferencias en los relatos de ambas competencias.

***Intervención en crisis:*** Las semejanzas encontradas en los relatos, señalan que se vivencia en el ejercicio profesional en el cómo se debe proceder en cada uno de los casos, mediante el uso de un protocolo de acción, donde generalmente esta herramienta es ejercida en diferentes departamentos y sectores del área de salud, donde los conocimientos que posea el o la profesional es de mucha importancia para intervenir de mejor manera en cada caso. En la entrevista n1 párrafo 16 se relata que *“Debe existir el conocimiento específico en el profesional con respecto a cómo proceder en cada uno de esos casos, lo que se conoce como protocolo en salud”*, en la entrevista 4 párrafo 16, se expresa que *“se utiliza un protocolo de acción, donde se valoriza al usuario en primera instancia se ve el estado en que llega la persona, características del problema y de evento traumático y gravedad de la crisis. Luego, se evalúa a la persona y se desarrolla un plan de acción resguardando la seguridad del usuario y brindar el apoyo psicológico oportuno. De esta manera necesitamos poder influir en el funcionamiento psicológico de la persona durante un periodo de desequilibrio, para aliviar el impacto inmediato de la situación estresante ayudándolo a que pueda enfrentar eficazmente el estrés o trauma”*.

**Habilidades de entrevista clínica:** En síntesis, esta competencia se vivencia en el ejercicio profesional al usarse como una herramienta que permita realizar un análisis del usuario al permitir indagar las necesidades o problemáticas que presentan, para ello es importante el brindar contención y acoger de manera empática y respetuosa las problemáticas del usuario, generando una evaluación con el fin de tratarlos o de derivarlos con un especialista que esté más acorde a sus necesidades. En la entrevista nº3 párrafo 19, se expresa que *“es una herramienta que permite indagar y generar un panorama tanto general como específico de las necesidades y antecedentes que posee un usuario para poder determinar la terapia más acorde y que sea de verdadera ayuda o derivar al usuario con algún especialista que sea más acorde a las necesidades que presenta el usuario”*, en la entrevista nº1 párrafo 18 se expresa *“si bien es conocido que esa imagen dista mucho de lo que realmente debe hacer un profesional de la salud mental, no deja de ser cierto que dentro de las funciones del cargo de un psicólogo de APS se encuentra el efectuar evaluaciones clínicas a los usuarios que consultan, para poder tratarlos o derivarlos según la condición clínica de cada usuario”*.

### **c. Competencias idóneas**

En esta categoría, se analizarán las competencias óptimas para el quehacer profesional en promoción y prevención de la salud.

**Promoción de salud:** Al momento de preguntar por las competencias que consideran idóneas para la promoción de salud, existen diversas competencias nombradas, lo que genera una cierta complicación al momento de generar un consenso de la o las competencias consideradas como idóneas para la promoción de la salud, no obstante, las competencias que las y los participantes consideran más idóneas para la promoción de la salud, son la adaptabilidad, la empatía y el trabajo en equipo. hecho similar a lo ocurrido con las competencias más idóneas para la prevención de la salud. En la entrevista nº4 párrafo 6 se nombran *“Trabajo en equipo, comunicación verbal y no verbal, creatividad y adaptabilidad”*, mientras que en la entrevista nº5 párrafo 6 se expresa, *“Las competencias que más idóneas o relevantes para la promoción de la salud*

*es el trabajo en equipo, la empatía con el usuario y la adaptabilidad de los planes de acción”.*

**Prevención de salud:** Al momento de preguntar por las competencias que consideran idóneas para la prevención de la salud, existen diversas competencias nombradas, al igual que ocurrió con las competencias más idóneas para la promoción de salud, lo que genera una cierta complicación al momento de generar un consenso de la o las competencias consideradas como idóneas para la prevención de la salud. A pesar de ello, las competencias que los y las participantes que más suelen emplear o que consideran más idóneas para la prevención de la salud, son la empatía, la flexibilidad, la tolerancia a la frustración y estrés. En la entrevista nº4 párrafo 4 se nombran *“Capacidad de escucha, flexibilidad, tolerancia a la frustración y al estrés”* y en la entrevista nº5 párrafo 4, se expresa *“Las competencias que considero más idóneas para la prevención de la salud son la tolerancia a la frustración, tolerancia y manejo de estrés, la flexibilidad y la empatía”.*

#### **d. Prioridad de competencias en la atención primaria de salud**

**Más relevantes:** Las competencias que suelen ser mayormente utilizadas por parte de las y los participantes en la atención primaria, son la intervención en crisis, la escucha activa y el trabajo en equipo. En la entrevista nº1 párrafo nº20 se expresa que *“Las más empeladas son atención y escucha, empatía, comunicación efectiva, trabajo en equipo, organización y planificación, flexibilidad y capacidad de adaptación”*, en la entrevista nº3 párrafo 21 se relata que *“Las competencias que más suelo utilizar son entrevista clínica, la empatía, la escucha activa, la intervención en crisis, el trabajo en equipo y la capacidad de adaptabilidad al usuario”*, y en la entrevista nº5 párrafo 25 *“Las competencias que más utilizo es la escucha activa, el trabajo en equipo trabajo en equipo y la empatía”.*

**Menos relevantes:** Las competencias menos suelen utilizar los y las participantes en la atención primaria, son el liderazgo y las competencias orientadas a la comunicación escrita. En la entrevista nº4 párrafo 21 sé que comenta que *“En menor medida utilizo las*

*competencias de liderazgo en atención primaria”, en la entrevista nº5 párrafo N°26 se expresa que “Las competencias que menos empleo son el liderazgo, y las competencias ligadas a la comunicación escrita”.*

## **4.2. Interpretación de los Resultados**

La labor que debe desempeñar la y el psicólogo en la atención primaria de salud, está determinada por protocolos y basados en el plan nacional de salud mental determinados por el MINSAL, no obstante, para realizar las tareas que le son asignadas, él y la psicóloga, requiere de una serie de competencias, las cuales tienen por objetivo el poder brindar conocimientos, habilidades, y capacidades que llevan a las y los psicólogos a realizar un desempeño eficiente.

Los hallazgos obtenidos de esta investigación, se intentarán explicar mediante la contratación de los resultados con las definiciones conceptuales realizadas en el marco teórico, principalmente con el estudio de Moncada realizado el año 2015, debido a que Moncada construyó una propuesta de competencias, para el desempeño de los psicólogos y psicólogas en APS en función a lo establecido por el Modelo de salud integral que publicó el MINSAL.

En la primera fase, se determinaron las competencias más valoradas por los y las psicólogas para el ejercicio profesional en APS, las cuales fueron categorizadas en competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales, con el fin de poder analizar su prioridad y como se vivencian, permitiendo conocer las competencias que ejercen los psicólogos o las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago.

En este estudio, por parte de los y las participantes, las competencias cognitivas, tanto la competencia de psicología de la salud como el modelo de salud familiar/comunitario, han sido descritas como muy relevantes para el ejercicio profesional

en la atención primaria de la salud, Moncada (2015) en su estudio manifestó que, estas competencias fueron muy valoradas por sus participantes, por lo cual, puede deducirse que ambos hallazgos poseen una valoración parecida, es decir, para las y los psicólogos las competencias relacionadas con el conocimiento en enfoques teóricos, son de gran importancia para el ejercicio profesional en APS.

En cuanto a cómo se vivencia la psicología de la salud, si bien, no hubo un consenso de cómo debiese o cómo se vivencia, puede inferirse que la forma en que se vivencia esta competencia, es en la generación de planes de acción para la prevención y promoción de la salud, como también en la solución de problemáticas que pueden ser solucionadas o tratadas mediante el trabajo en equipo compuesto por diversos profesionales de la salud. Mientras tanto que, Oblitas (2004) manifiesta que la psicología de la salud, aplica principios, técnicas y conocimiento científico para una evaluación, diagnóstico, prevención, promoción y tratamiento de trastornos mentales.

Los y las participantes, expresaron que la vivencia del modelo de salud familiar/comunitario, se aprecia al momento de trabajar idealmente desde una perspectiva biopsicosocial, en el nivel primario de atención, enfocado en el éxito de la prevención y promoción de la salud, como también, involucrando un trabajo en equipo dirigido a las redes de apoyo de las personas. Esto es concordancia a lo estipulado por MINSAL (2012), que en el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.

Tanto la adaptabilidad al usuario, como la adaptabilidad al contexto de intervención, es decir, las competencias actitudinales, fueron consideradas muy relevantes por los y las participantes, para el ejercicio profesional en APS, situación similar a lo ocurrido en el estudio de Moncada (2015), que dio como resultado en su totalidad de los casos una valoración muy pertinente para el ejercicio profesional en APS.

Los y las participantes, concuerdan que la adaptabilidad al usuario se vivencia en la adaptación del lenguaje que sea cómodo o entendible para la o el usuario que acude al centro de salud. En consecuencia, podemos considerar a la adaptabilidad al usuario, como la flexibilidad terapéutica que se modifica en función a las necesidades del usuario sin perder el contexto formal de la psicoterapia (Opazo, 2001).

La adaptabilidad al contexto de intervención, en este estudio, es vivenciada en las condiciones en que se efectúa la intervención de los y las psicólogas, donde un caso que hoy se consigue observar es el de la pandemia, la cual, está afectando a todas las personas, generando un aumento en las demandas de los usuarios a los centros de salud primarios con son los CESFAM. Por su parte el MINSAL (2017), lo define como la capacidad de ajustarse de los psicólogos y las psicólogas de APS, a las necesidades del usuario en relación al plan de salud existente.

La competencia procedimental intervención en crisis, fue considerada por los y las participantes como una herramienta relevante y fundamental, argumentándose que los usuarios que asisten a los centros primarios de salud, acuden en ocasiones con sus patologías descompensadas como pueden ser los casos de crisis de pánico, estrés post traumático, intentos suicidas y situaciones producidas por el contexto de la pandemia que afronta el país. Lo que concuerda con lo establecido por Gantiva (2010) La Intervención en Crisis (IC), será entendida como aquella intervención que se hace en un primer momento a causa de la vivencia de un evento traumático denominado como primeros auxilios psicológicos (PAP).

Por su parte, la competencia procedimental entrevista clínica, es considerada por la mayoría de las y los participantes como relevante para el quehacer o ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria, vivenciándose esta competencia en el uso como una herramienta que permita realizar un análisis del usuario, permitiendo indagar las necesidades o problemáticas que la o el usuario presentan, para lo cual, es considerado importante el brindar contención y acoger de manera empática y respetuosa las problemáticas del usuario, generando una evaluación con el fin de

tratarlos o de derivarlos con un especialista que esté más acorde a sus necesidades. Díaz (1994) lo define como un instrumento utilizado con el propósito de elucidar pautas características del vivir del sujeto entrevistado o usuario.

Al preguntarles a los y las participantes, sobre cual o cuales competencias consideraban más idóneas para la prevención y promoción de la salud, estos consideraron que las competencias más idóneas para la promoción de la salud son la adaptabilidad, la empatía y el trabajo en equipo. Y las competencias más idóneas para la prevención de la salud, son la empatía, la flexibilidad, la tolerancia a la frustración y estrés.

Al comienzo de las entrevistas, a las y los participantes se les preguntó cómo resumirían su experiencia laboral en la atención primaria de salud, a lo que mayoritariamente respondieron que era una experiencia laboral enriquecedora en la mayoría de los casos, tanto en relación con la propia experiencia clínica, como en relación a su conocimiento.

Finalmente, a las y los participantes, se les preguntó acerca de las competencias que más suelen emplear o utilizar, y por las competencias que menos suelen utilizar en APS, en su gran mayoría, respondieron que las competencias más utilizadas son la intervención en crisis, la escucha activa y el trabajo en equipo; y las menos utilizadas por parte de ellos en la atención primaria, son el liderazgo y las competencias orientadas a la comunicación escrita.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

### 5.1. Conclusiones

Las competencias del ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago, se vivencian de acuerdo a las competencias de dichos profesionales.

Estas competencias se clasifican en:

La competencia cognitiva, que es de carácter teórico – práctico, conformada por psicología de la salud y el modelo de salud familiar/comunitario, cuyos hallazgos se encontraron, en la generación de planes de acción para la prevención y promoción de la salud, como también, trabajar idealmente desde una perspectiva biopsicosocial en el nivel primario de atención.

La competencia actitudinal, referida al conocimiento y al saber, conformada por la adaptabilidad al usuario y la adaptabilidad al contexto de intervención, en relación a la adaptabilidad al usuario, los hallazgos se pueden apreciar en la adaptación del lenguaje que sea cómodo o entendible para la o el usuario que acude al centro de salud; por su parte, la adaptabilidad al contexto de intervención, se vivencia por medio de la infraestructura de los centros de salud, en la cual el box o sala de consulta, debe cumplir con algunas condiciones clínicas que en ocasiones no se cumplen, donde el box no cuenta con las comodidades mínimas, que el box tenga una camilla, no posea un climatizador operativo, el box tenga una privacidad limitada, un caso que en la actualidad se consigue observar, es el contexto dado por la pandemia que afecta al país, generando que las terapias se realicen mediante videoconferencia.

La competencia procedimental, que es el dominio de herramientas del saber hacer, compuesta por intervención en crisis y la entrevista clínica, en donde los hallazgos se vivencian en el ejercicio profesional, en el cómo se debe proceder en cada uno de los



casos, mediante el uso de un protocolo de acción en la intervención en crisis, y como una herramienta que permita realizar un análisis del usuario al permitir indagar las necesidades o problemáticas que presentan las y los usuarios en el caso de la entrevista clínica. Este protocolo se lleva a la práctica, según las instrucciones del MINSAL establecidas en el plan nacional de salud mental, las cuales, se guían en la sugerencia de la OMS.

Basado en los resultados obtenidos, puede concluirse en función de los objetivos planteados al inicio del estudio, que es conocer las competencias que ejercen los psicólogos o las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago, se pudo concretar mediante los relatos obtenidos en la segunda fase del estudio, cuya recolección de datos fue una entrevista a profesionales psicólogos y psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud, en la comuna de Santiago.

Así mismo, se pudieron cumplir los objetivos específicos de este estudio, dado que se conocieron las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales que son mayormente asociadas al ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud en la comuna de Santiago, mediante las valoraciones que poseen las y los propios psicólogos que desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria, mediante los relatos otorgados por los y las propias participantes.

En relación a conocer cómo se ejercen las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales mayormente asociadas al ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago, este objetivo a sido, en definitiva, cumplido, puesto que los y las participantes, plasmaron en sus relatos como se vivencia o se ejercen las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales en la atención primaria de salud.

El objetivo relacionado con analizar las competencias propias del ejercicio profesional de los psicólogos y psicólogas que trabaja en la atención primaria de la salud de la comuna de Santiago, ha permitido una aproximación del ejercicio profesional a la práctica

del quehacer profesional de los y las psicólogas a la atención primaria de la salud, pudiendo observar que competencias son las más idóneas para los y las psicólogas en la atención primaria de salud.

En síntesis, las implicancias obtenidas en la presente investigación a modo general, son que las competencias más usadas en la atención primaria de la salud en la comuna de Santiago, son la intervención en crisis, la escucha activa y el trabajo en equipo, y las competencias utilizadas una menor media, en la atención primaria de dicha comuna, son el liderazgo y las competencias orientadas a la comunicación escrita.

Por su parte, las implicancias relacionadas con las competencias cognitivas, es la generación de planes de acción efectivos para la prevención y promoción de la salud, como también, el trabajar idealmente desde una perspectiva biopsicosocial en el nivel primario de atención, de manera que la intervención profesional, sea cada vez más inclusiva y orientada a las necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.

En relación a las implicancias que guardan relación con las competencias actitudinales, se debe a la infraestructura de los centros de salud, en la cual el box o sala de consulta, debe cumplir con algunas condiciones clínicas que en ocasiones no se cumplen estas condiciones comodidades mínimas, donde el box tenga una camilla, el box no posea un climatizador operativo, y un caso que en la actualidad se consigue observar, es el contexto dado por la pandemia que afecta al país, generando que las terapia se realicen mediante videoconferencia.

En relación a las competencias procedimentales, las implicancias observadas, se originan en el proceder en cada uno de los casos, mediante el uso de un protocolo de acción en la intervención en crisis, y en el caso de la entrevista clínica, como una herramienta que permita realizar un análisis del usuario identificando las necesidades o problemáticas que presentan las y los usuarios de los centros de salud de la comuna de Santiago. Este protocolo se lleva a la práctica, según las instrucciones del MINSAL

establecidas en el plan nacional de salud mental, las cuales, se guían en la sugerencia de la OMS.

## **5.2. Discusión y Recomendaciones**

Si bien esta investigación, se basó en un estudio realizado por Moncada (2015), donde se delimitó una matriz de 74 competencias, consideradas idóneas para en ejercicio de los y las psicólogas en APS a nivel nacional. Este estudio trabajó desde la pregunta ¿Cómo se vivencian las competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago?, Las conclusiones de este estudio, provocaron ciertas generalizaciones, puesto que, se analizaron las valoraciones de la muestra, la cual, en una primera fase, estaba compuesta por el 40% de los profesionales que se desenvuelven en los centros de APS de la comuna de Santiago, y en la segunda fase, se compuso por 5 participantes, 3 psicólogos y 2 psicólogas, por lo cual, se proyectaron las conclusiones basándose en los relatos brindados por la muestra y en lo manifestado por la teoría.

Si bien los centros de APS funcionan de manera autónoma, en el caso de los centros estudiados, estos son controlados por la Dirección de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago, las que se rigen según las políticas de salud que el estado determine, mediante lo planificado por el MINSAL. La intención de este estudio es incentivar y motivar futuras investigaciones sobre el tema.

Para ello, se recomienda que el investigador al momento de realizar su estudio, ayude a actualizar los datos hallados en esta investigación, con el objetivo de poder comparar, comprender y ampliar los conocimientos sobre esta materia, con el fin de incentivar nuevas inquietudes sobre el rol del psicólogo y la psicóloga en la Prevención y Promoción de la salud y salud mental, como también de su quehacer profesional en APS.

Se recomienda, además, una futura investigación que trabaje la temática de la sobrevaloración del tiempo que pueda existir y afectar (tanto positiva como

negativamente) a las labores y quehaceres de los psicólogos y las psicólogas que trabajan en los centros de atención primaria de la salud del país.

Se sugiere realizar una revisión exhaustiva de las mallas curriculares, con el fin de analizar si estas tratan los conocimientos, habilidades y procedimientos necesarios para el quehacer profesional de los psicólogos y psicólogas que pretenden trabajar en APS.

Según los hallazgos obtenidos, se propone analizar las valoraciones de los usuarios de los centros de salud primaria, en relación a como visualizan las competencias ejercidas por los o las profesionales.

En relación a las competencias cognitivas, se sugiere efectuar un estudio, con el fin, de generar una capacitación sobre el conocimiento de programas de salud pública y lineamientos técnicos, para mejorar los conocimientos en políticas públicas de salud de los y las psicólogas que trabajan en APS.

En relación a las competencias actitudinales, se sugiere realizar un estudio, con el fin, de generar una capacitación para mejorar la adaptabilidad al usuario por parte de los y las psicólogas que trabajan en APS.

También se sugiere realizar un estudio, con el fin, de generar una capacitación para mejorar la adaptabilidad al contexto de intervención por parte de los y las psicólogas que trabajan en APS.

En relación a las competencias procedimentales, se sugiere efectuar un estudio, con el fin, de generar una capacitación enfocada al mejoramiento de los resultados al realizar la entrevista clínica por parte de los y las psicólogas que trabajan en APS.

## CAPÍTULO VI. REFERENCIAS

- Borrell i Carrió, F. (2002). *El modelo biopsicosocial en evolución*. 08940 Cornellà de Llobregat. Barcelona.
- Cejudo, J. (2017). *COMPETENCIAS PROFESIONALES Y COMPETENCIAS EMOCIONALES EN ORIENTADORES ESCOLARES*. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 21 (3), 349-370.
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de Ética Profesional*. Santiago, Chile: Autor
- Díaz Portillo, I. (1994). *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. México: Editorial PAX
- Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8 (2), 49-71.
- Gattini, C. (2017). *Sistema de salud y modelo de atención en Chile*. CURSO SEGURIDAD SOCIAL Y ATENCIÓN DE SALUD. Escuela de Salud pública U. de Chile
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: McGRAW-HILL
- Klevens, J., De La Cruz, L., Arango, P., Rodríguez, H., Peñaranda, C., Pulido, C., Rincón, M., Vargas, L., García, M., Arenas, L., Estrada, D. (1989). *Prevención primaria en salud mental*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21 (2), 243-253.
- Lamas Rojas, H. (2004). *Promoción de salud: una propuesta desde la psicología positiva*. *Liberabit. Revista de Psicología*, (10), 45-67.

Mebarak, M., & Suárez, E. (2016). *¿Qué es y hacia dónde se dirige la psicología de la salud?*. *Psicología desde el Caribe*, 33 (2), V-VI.

Menéndez Pidal, R., Gili Gaya, S. (1980). *VOX: Diccionario ilustrado de la lengua española* (4ª. Edición corregida y ampliada). España: BIBLIOGRAF S.A. BARCELONA.

Ministerio de Salud de Chile. (2012) *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*

Recuperado de:

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud (2015). *Plan Nacional de Salud Mental*.

Recuperado de: <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2015/10/Borrador-propuesta-PNSM-2015-2020.pdf>

Ministerios de Salud de Chile. (2020). *Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana*

Recuperado de: <https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/promocion-de-la-salud-y-participacion-ciudadana/>

Moncada, S. (2015). *Psicología y atención primaria de salud: Una propuesta de competencias*. Chile: *Revista Chilena Salud Pública* 2015; Vol. 19 (3): 293-304

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*.

México: Editorial Unisón.

Oblitas Guadalupe, L. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México:

Thomson.

OMS., CPHA. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Canadá: ACOSAP

Opazo Castro, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Chile: Ediciones ICPSI

Organización Panamericana de Salud. (2020). *Promoción de la Salud*

Recuperado de:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es)

Rúa Martínez, L. (2003). Acciones de promoción y prevención en salud mental: una experiencia desde el plan de atención básica en Bogotá, 2002-2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXII (Su1), 37-46.

Scharager Goldenberg, J., Molina Aguayo, M. L. (2006). *El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile*. Chile: Revista Panamericana Salud Pública. 2007; 22(3):149–59.

Venegas, R. (2015). El rol de la psicología de la atención primaria.

Recuperado de: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/rodrigo-venegas/el-rol-de-la-psicologia-en-la-atencion-primaria/2015-11-06/175001.html>

VOX. (1985). *Diccionario de la lengua española* (23.<sup>a</sup> edición). Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7.

Werner Sebastiani, R., Pelicioni, M., Chiattoni, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (1), 153-172.

World Health Organization. (1975). *Official records of the World Health Organization* United Nations, World Health Organization, Interim Commission.  
Recuperado de <http://www.who.int/>

World Health Organization. (2020). *Datos del Observatorio mundial de la salud*.  
Recuperado de: <https://www.who.int/gho/es/>

Zurro, A. M., Solà, G. J. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar comunitaria*. Elsevier: España (pp. 3 a 16)  
Recuperado de: [https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1\\_0.pdf](https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf)



## CAPITULO VII. ANEXOS

### ANEXO A

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a).

Soy Gabriel Droguett Sandoval, estudiante de pregrado de la Universidad Miguel de Cervantes, quién realiza una investigación tesina para optar al título profesional de Psicólogo con nivel académico de Licenciado de Psicología, me encuentro realizando un estudio acerca de las Competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud de Atención Primaria de Salud Mental en la comuna de Santiago de Chile.

Esta investigación es completamente confidencial y anónima. Le proporcionaré toda la información que usted requiera al respecto, le invito a participar de esta investigación.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder un cuestionario de auto-reporte, que contiene dos ítems, el primer ítem es del quehacer profesional, y el segundo ítem acerca de las valoraciones que brindan los psicólogos y psicólogas al rol del psicólogo y psicóloga en prevención y promoción de la salud mental y una ficha de datos sociodemográficos, durante 1 sesión estimativamente, previa coordinación de la hora y día sin ningún costo para usted.

La duración total de la investigación será de aproximadamente de 4 semanas. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede realizar pregunta en cualquier momento durante su participación. Igualmente, se puede retirar del proceso en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Desde ya agradezco muy sentidamente su participación.

\*\*\*\*\*

Yo, \_\_\_\_\_, Rut: \_\_\_\_\_ Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito, fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada si así lo deseo y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste ya ha concluido. Para esto, debo ponerme en contacto al siguiente correo: [gdroguetts@gmail.com](mailto:gdroguetts@gmail.com)

Nombre y firma del o la participante.

Fecha.

## ANEXO B

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a).

Soy Gabriel Droguett Sandoval, estudiante de pregrado de la Universidad Miguel de Cervantes, quién realiza una investigación tesina para optar al título profesional de Psicólogo con nivel académico de Licenciado de Psicología, me encuentro realizando un estudio acerca de las competencias propias del ejercicio profesional de los y las psicólogos que trabajan en la atención primaria de salud de la comuna de Santiago.

Esta investigación es completamente confidencial y anónima. Le proporcionaré toda la información que usted requiera al respecto, le invito a participar de esta investigación.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder una entrevista cualitativa, la que pretende explorar sus vivencias en torno a las competencias que se ponen en juego en el ejercicio profesional de los psicólogos y psicólogas que trabajan en la atención primaria de salud. La entrevista se espera que dure 1 sesión estimativamente, previa coordinación de la hora y día sin ningún costo para usted.

Para la realización de las preguntas de la entrevista, se utilizó lo propuesto por Moncada en su estudio del año 2015, y la primera fase de este estudio. En esta primera fase, mediante una modalidad cuantitativa, psicólogos y psicólogas determinaron las competencias mayormente ranqueadas (más valoradas y/o asociadas al quehacer profesional en un APS).

La duración total de la investigación será de aproximadamente de 4 semanas. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, solo será grabado (a) solo si accede a ser grabado, la información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede realizar pregunta en cualquier momento durante su participación. Igualmente, se puede retirar del proceso en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Desde ya agradezco muy sentidamente su participación.

\*\*\*\*\*

Yo, \_\_\_\_\_, Rut: \_\_\_\_\_ Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, seré grabado solo bajo previa autorización de mí parte, la información no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada si así lo deseo y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste ya ha concluido. Para esto, debo ponerme en contacto al siguiente correo: [gdroguetts@gmail.com](mailto:gdroguetts@gmail.com)

Fecha,

Nombre y firma del o la participante

## ANEXO C

1.- ¿Cuál de las siguientes actividades realiza?

	SI	NO
1. Promoción de la Salud Mental.		
2. Prevención de la Salud Mental.		
3. Trastornos de Salud Mental asociados a la con la violencia (Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar, Bullying, entre otros).		
4. Trastornos de hiperactividad y de la atención de Niños y Adolescentes.		
5. Depresión y/o estrés.		
6. Trastornos Psiquiátricos más Importantes (como la esquizofrenia).		
7. Enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.		
8. Abuso y dependencia del alcohol y las drogas.		
9. En algunas ocasiones dejé de hacer cosas porque no confiaba en mis propias capacidades.		

2.- A continuación, se presenta un listado con 50 competencias obtenidas de una investigación previa definidas por los propios psicólogos, usted deberá seleccionar 5 de ellas y ranqueadas según su prioridad, no se podrá repetir ningún número del ranking.

	Ranking
1. Modelo de Salud Familiar / Comunitario.	
2. Psicología de la Salud.	
3. Modelos teóricos clínicos: Cognitivo Conductual, Sistémico, Analítico y Humanista Gestáltico.	
4. Conocimiento de la Red Institucional.	
5. Conocimiento en Programas de Salud Pública.	
6. Conocimiento en Lineamientos Técnicos.	
7. Manejo de Lenguaje Técnico Interdisciplinario.	
8. Conocimiento de conceptos Biomédicos.	
9. Conocimiento de Administración del Sistema Público de Salud.	
10. Dominio en el comportamiento (inicio, evolución) de problemas de salud pertinentes al psicólogo.	
11. Dominio de Criterios Diagnósticos Psicopatológicos: Clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10).	
12. Dominio del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su quinta versión (DSM-V).	
13. Tolerancia a la alta demanda y múltiple exigencia.	
14. Tolerancia a la frustración frente a la ausencia de logros inmediatos.	
15. Adaptabilidad al usuario.	
16. Adaptabilidad al contexto de intervención.	
17. Asertividad	
18. Proactividad	

19. Responsabilidad Social.	
20. Creatividad.	
21. Conciencia Organizacional.	
22. Liderazgo.	
23. Valoración positiva del trabajo en equipo.	
24. Valoración positiva del rol que juegan los actores de salud, tanto profesionales como no profesionales y usuarios.	
25. Habilidad para presentaciones orales.	
26. Escucha activa.	
27. Empatía	
28. Trato amable.	
29. Habilidades para establecer límites en la relación terapeuta paciente.	
30. Habilidad en la redacción de informes.	
31. Habilidad en la redacción de fichas clínicas.	
32. Habilidad para el manejo de grupo.	
33. Habilidad para el manejo de contextos comunitarios.	
34. Capacidad para desarrollar evaluación y diagnóstico.	
35. Habilidades de entrevista clínica.	
36. Capacidad para establecer encuadre.	
37. Habilidad de intervención (individual/familiar/pareja).	
38. Habilidad de intervención psicoterapéutica nivel generalista (con acreditación).	
39. Habilidad de intervención psicoterapéutica nivel especialista (sin acreditación).	
40. Consulta de salud mental.	
41. Consejería.	
42. Psicoeducación.	
43. Intervención en crisis.	
44. Intervención breve.	
45. Otra forma de intervención.	
46. Capacidad para trabajar en equipo.	
47. Capacidad para coordinar equipos de trabajo.	
48. Capacidad para generar articulación entre nivel de atención primaria y nivel secundario.	
49. Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado personal.	
50. Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado en el equipo de salud.	

## **ANEXO D**

**Entrevistador: Gabriel Enrique Droguett Sandoval**

**Entrevistado (a): Participante nº**

**Fecha:**

### **Introducción:**

El objetivo de esta entrevista es explorar las vivencias sobre las competencias de los psicólogos y psicólogas que trabajan o desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria de salud, es por ello, que las preguntas se basan en un estudio realizado previamente, de tipo cuantitativo, donde psicólogos y psicólogas que trabajan en APS identificaron 2 competencias más ranqueadas (acordes a su labor profesional) por cada tipo de competencias (competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales), el cual toma como base lo propuesto por Moncada el año 2015, donde determina un listado de 76 competencias idóneas para el quehacer de los y las psicólogos que trabajan en Atención Primaria de Salud.

### **Característica de la entrevista:**

Esta entrevista es confidencial, por lo que, al momento de realizarla se entregará un consentimiento informado donde se asegura su participación y confidencialidad, se nombrará como participante nº 1 (por ejemplo), con la intención de que el nombre de los y las participantes sea anónimo (a) y confidencial, esta entrevista será semi-estructurada, que tendrá preguntas abiertas que tienen relación directa con el trabajo en atención primaria de psicología, poseerá como una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

### **Preguntas:**

¿Cómo resumiría su experiencia laboral en la atención primaria de salud?

Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de prevención de salud?

Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de promoción de salud?

¿Es importante tener conocimientos sobre psicología de la salud para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?

¿Es relevante tener conocimientos sobre modelo de salud familiar/comunitario para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?

Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario tener una actitud de adaptabilidad al usuario dentro de su ejercicio profesional en atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?

Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario poseer actitud de adaptabilidad al contexto de intervención? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?

¿Estima usted relevante tener dominio de herramientas para una intervención en crisis para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?

¿Usted estima importante el tener dominio de herramientas o habilidades para una entrevista clínica en el ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?

Una vez que hemos hecho una revisión dentro de sus experiencias profesionales ¿Qué competencias suele usted utilizar mayormente en la atención primaria de salud y qué competencias suele utilizar menos en atención primaria de salud?

Gracias por su participación, recuerde que esta entrevista es confidencial.

## ANEXO E

**FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

<b>DATOS PERSONALES</b>	<b>PREGUNTAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre.</li> <li>▪ Género.</li> <li>▪ Edad en meses y años.</li> <li>▪ Estado civil actual.</li>   <li>▪ N° de hijos.</li> <li>▪ Nacionalidad.</li> <li>▪ Comuna de residencia.</li> <li>▪ Dirección laboral.</li> <li>▪ Nivel socioeconómico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</li> <li>➤ F..... M.....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ Soltero (a).... Casado (a) .... Viudo (a).... Pareja....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ Chilena.... Extranjero.... Ambas....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ Vulnerable.... Bajo.... Medio.... Alto....</li> </ul>
<b>DATOS PROFESIONALES</b>	<b>PREGUNTAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profesión.</li> <li>▪ Experiencia laboral.</li> <li>▪ Grados académicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ Post título.... Post grado.... Diplomado....</li> <li>➤ Magister....</li> <li>➤ Cual.....</li> </ul>
<b>DATOS LABORALES</b>	<b>PREGUNTAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidad donde trabaja.</li> <li>▪ Tiempo que trabaja en esta unidad.</li> <li>▪ Tipo de institución.</li> <li>▪ Su relación con el equipo de trabajo.</li> <li>▪ Sueldo líquido estimado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ .....</li> <li>➤ Años..... Meses.....</li>   <li>➤ Publica.... Privada.... Mixta....</li> <li>➤ Buena.... Regular.... Mala....</li>   <li>➤ .....</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cargo actual.</li> <li>▪ En su experiencia laboral ha sido.</li> <li>▪ Número de horas semanales en la institución.</li> <li>▪ Escuela psicoterapéutica clínica que utiliza actualmente.</li> <li>▪ Escuela psicoterapéutica clínica de su preferencia.</li> <li>▪ Trabaja solo o con otras profesiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jefe.... Empleado....</li> <li>➤ Jefe.... Empleado....</li> <li>➤ ..... Horas</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ Solo..... Otras..... Cuales.....</li> </ul>
<b>ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS</b>	<b>PREGUNTAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ha tenido alguna enfermedad psicosomática en el último año.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si.... No....</li> <li>➤ Cual.....</li> </ul>



## ANEXO G

## LIBRO DE CÓDIGOS

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMCOGPSSALPRIOR</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencia cognitiva psicología de la salud como prioridad para el ejercicio profesional
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Relato sobre cómo el área de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas, 2004), es prioritario para el ejercicio profesional.
<b>CUANDO SE USA</b>	se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador positivo de la competencia de psicología de la salud.
<b>CUANDO NO SE USA</b>	no se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador negativo de la competencia de psicología de la salud.
<b>EJEMPLO</b>	"creo que es recomendable" "es importante"...

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMCOGPSSALVIV</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencia cognitiva psicología de la salud como se vivencia en el ejercicio profesional
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Relato sobre cómo el área de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas, 2004), se vivencia en el ejercicio profesional.
<b>CUANDO SE USA</b>	se usa cuando el entrevistado menciona en su relato como se vivecna la competencia psicología de la salud.
<b>CUANDO NO SE USA</b>	no se usa cuando el entrevistado no menciona en su relato como se vivecna la competencia psicología de la salud.
<b>EJEMPLO</b>	"Esto exige que los que trabajen en APS ... sino también de factores externos que promuevan la promoción y la promoción de la salud de las personas".

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMCOGMODSALPRIOR</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	<b>Competencia cognitiva modelo de salud familiar/comunitario como prioridad para el ejercicio profesional</b>
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	<b>Relato sobre cómo lo que El MINSAL define como un Sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad (Servicio de Salud de Nuble), es prioritario para el ejercicios profesional.</b>
<b>CUANDO SE USA</b>	<b>se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador positivo de la competencia modelo de salud familiar/comunitario.</b>
<b>CUANDO NO SE USA</b>	<b>no se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador negativo de la competencia modelo de salud familiar/comunitario.</b>
<b>EJEMPLO</b>	<b>" importante" "es relevante" "es fundamental" "es muy importante"...</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMCOGMODSALVIV</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	<b>Competencia cognitiva modelo de salud familiar/comunitario como se vivencia en el ejercicio profesional</b>
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	<b>Relato sobre cómo lo que El MINSAL define como un Sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad (Servicio de Salud de Nuble), se vivencia en el ejercicio profesional.</b>
<b>CUANDO SE USA</b>	<b>se usa cuando el entrevistado menciona en su relato como se vivecna la competencia modelo de salud familiar/comunitario.</b>
<b>CUANDO NO SE USA</b>	<b>no se usa cuando el entrevistado no menciona en su relato como se vivecna la competencia modelo de salud familiar/comunitario.</b>
<b>EJEMPLO</b>	<b>"se espera que ese sea el marco conceptual o al menos uno de los paradigmas desde el cual se intervenga en el nivel primario de atención".</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMACTADPUSRPRIOR</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencia actitudinal adaptabilidad al usuario como prioridad para el ejercicio profesional
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Relato sobre cómo lo basando en libro de Opazo, Psicoterapia Integrativa del 2001, podría definirse como la flexibilidad terapéutica que se modifica en función a las necesidades del usuario sin perder el contexto formal de la psicoterapia (Opazo, 2001), es prioritario para el ejercicios profesional.
<b>CUANDO SE USA</b>	se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador positivo de la competencia adaptabilidad al usuario.
<b>CUANDO NO SE USA</b>	no se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador negativo de la competencia adaptabilidad al usuario.
<b>EJEMPLO</b>	" importante" "es relevante" "es fundamental" "es muy importante"....

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMACTADPUSRPVIV</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencia actitudinal adaptabilidad al usuario como se vivencia en el ejercicio profesional
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Relato sobre cómo lo basando en libro de Opazo, Psicoterapia Integrativa del 2001, podría definirse como la flexibilidad terapéutica que se modifica en función a las necesidades del usuario sin perder el contexto formal de la psicoterapia (Opazo, 2001), se vivencia en el ejercicio profesional.
<b>CUANDO SE USA</b>	se usa cuando el entrevistado menciona en su relato como se vivecna la competencia adaptabilidad al usuario.
<b>CUANDO NO SE USA</b>	no se usa cuando el entrevistado menciona en su relato no como se vivecna la competencia adaptabilidad al usuario.
<b>EJEMPLO</b>	"ya que el usuario es un agente en movimiento y de cambios, por lo que es necesario ampliar la mirada e ir adaptando las herramientas y recursos personales o profesionales, según la persona a la cual se atiende".

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMACTADPCONTINTERPRIOR</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencia actitudinal adaptabilidad al contexto de intervención como prioridad para el ejercicio profesional
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Relato sobre cómo según lo propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL, puede definirse como la capacidad de ajustarse de los psicólogos y las psicólogas de APS a las necesidades del usuario en relación al plan de salud existente, que determina los planes de acción en el contexto de APS (basado en MINSAL, 2017), es prioritario para el ejercicios profesional.
<b>CUANDO SE USA</b>	se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador positivo de la competencia adaptabilidad al contexto de intervención.

<b>CUANDO NO SE USA</b>	no se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador negativo de la competencia adaptabilidad al contexto de intervención.
<b>EJEMPLO</b>	"En estos tiempos es muy relevante el contexto de la pandemia... por esta razón se es muy importante mantener una adaptabilidad en los contextos que tienen de fondo la persona".

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMACTADPCONTINTERVIV</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencia actitudinal adaptabilidad al contexto de intervención como se vivencia en el ejercicio profesional
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Relato sobre cómo según lo propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL, puede definirse como la capacidad de ajustarse de los psicólogos y las psicólogas de APS a las necesidades del usuario en relación al plan de salud existente, que determina los planes de acción en el contexto de APS (basado en MINSAL, 2017), se vivencia en el ejercicio profesional.
<b>CUANDO SE USA</b>	se usa cuando el entrevistado menciona en su relato como se vivecna la competencia adaptavilidad al contexto de intervención.
<b>CUANDO NO SE USA</b>	no se usa cuando el entrevistado no menciona en su relato como se vivecna la competencia adaptabilidad al contexto de intervención.
<b>EJEMPLO</b>	" Esto se ejerce en el momento de la evaluación y tratamiento o terapias así se puede comprender de mejor manera los fenómenos que suceden en las personas o pacientes".

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMPROCINTCRISPRIOR</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencia procedimental intervención en crisis como prioritario para el ejercicio profesional
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Relato sobre cómo la Intervención en Crisis (IC), será entendida como aquella intervención que se hace en un primer momento a causa de la vivencia de un evento traumático denominado como primeros auxilios psicológicos (PAP), así como también, la terapia que se realiza posteriormente, la cual es conocida como terapia de crisis (Gantiva, 2010), es prioritario para el ejercicios profesional.
<b>CUANDO SE USA</b>	se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador positivo de la competencia intervección en crisis.
<b>CUANDO NO SE USA</b>	no se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador negativo de la competencia intervención en crisis.
<b>EJEMPLO</b>	" importante" "es relevante" "es fundamental" "es muy importante"....

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMPROCINTCRISVIV</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	<b>Competencia procedimental intervención en crisis como se vivencia en el ejercicio profesional</b>
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	<b>Relato sobre cómo la Intervención en Crisis (IC), será entendida como aquella intervención que se hace en un primer momento a causa de la vivencia de un evento traumático denominado como primeros auxilios psicológicos (PAP), así como también, la terapia que se realiza posteriormente, la cual es conocida como terapia de crisis (Gantiva, 2010), se vivencia en el ejercicio profesional.</b>
<b>CUANDO SE USA</b>	<b>se usa cuando el entrevistado menciona en su relato como se vivecna la competencia intervención en crisis</b>
<b>CUANDO NO SE USA</b>	<b>no se usa cuando el entrevistado no menciona en su relato como se vivecna la competencia intervención en crisis.</b>
<b>EJEMPLO</b>	<b>"Debe existir el conocimiento específico en el profesional con respecto a como proceder en cada uno de esos casos, lo que se conoce como protocolo en salud".</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMPROCENRCLINPRIOR</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	<b>Competencia procedimental habilidades de entrevista clínica como prioritario para el ejercicio profesional</b>
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	<b>Relato sobre cómo el instrumento utilizado con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en a revelación de las cuales espera obtener algún beneficio (Díaz, 1994), es prioritario para el ejercicios profesional.</b>
<b>CUANDO SE USA</b>	<b>se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador positivo de la competencia entrevista clínica.</b>
<b>CUANDO NO SE USA</b>	<b>no se usa cuando el entrevistado menciona en su relato a algún indicador negativo de la competencia entrevista clínica.</b>
<b>EJEMPLO</b>	<b>" importante" "es relevante" "es fundamental" "es muy importante"....</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMPROCENRCLINVIV</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	<b>Competencia procedimental habilidades de entrevista clínica como se vivencia en el ejercicio profesional</b>
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	<b>Relato sobre cómo el instrumento utilizado con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en a revelación de las cuales espera obtener algún beneficio (Díaz, 1994), se vivencia en el ejercicio profesional.</b>
<b>CUANDO SE USA</b>	<b>se usa cuando el entrevistado menciona en su relato como se vivecna la competencia entrevista clínica.</b>
<b>CUANDO NO SE USA</b>	<b>no se usa cuando el entrevistado no menciona en su relato como se vivecna la competencia entrevista clínica.</b>

<b>EJEMPLO</b>	"es una herramienta que permite indagar y generar un panorama tanto general como específico de las necesidades y antecedentes que posee un usuario para poder determinar la terapia más acorde....a las necesidades que presenta el usuario".
----------------	---

<b>CÓDIGO</b>	<b>EXPLAB</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Experiencia laboral
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Se definirá como la experiencia obtenida en la propia práctica del ejercicio profesional
<b>CUANDO SE USA</b>	Se usará cuando la experiencia sea enriquecedora o positiva para el o la psicóloga
<b>CUANDO NO SE USA</b>	No se usará cuando no sea considerada un aporte para el o la psicóloga
<b>EJEMPLO</b>	"Es una experiencia muy valorable, de crecimiento personal y de desarrollo profesional".

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMIDOPREV</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencias Idóneas de prevención
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Se definirá cuáles son las competencia consideradas como idoneas para la prevención por los y las participantes
<b>CUANDO SE USA</b>	Se usará cuando el o la participante, mencione alguna comtetencia que ayude al buen desempeño de la prevención de salud
<b>CUANDO NO SE USA</b>	No su usará cuando lo expresado por el o la participante mencione alguna competencia que ayude al buen desempeño de la prevención de la salud
<b>EJEMPLO</b>	"Capacidad de escucha, flexibilidad, tolerancia a la frustración y al estrés".

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMIDOPROM</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencias Idóneas de promoción
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	Se definirá cuáles son las competencia consideradas idoneas para la promoción por los y las participantes
<b>CUANDO SE USA</b>	Se usará cuando el o la participante, mencione alguna comtetencia que ayude al buen desempeño de la promoción de salud
<b>CUANDO NO SE USA</b>	No su usará cuando lo expresado por el o la participante mencione alguna competencia que ayude al buen desempeño de la promoción de la salud
<b>EJEMPLO</b>	"Trabajo en equipo, comunicación verbal y no verbal, creatividad y adaptabilidad".
<b>CÓDIGO</b>	<b>COMUS</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	Competencias más usadas



<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	<b>Se definirá como la o las competencias mayormente utilizadas por los y las participantes en APS</b>
<b>CUANDO SE USA</b>	<b>Se utilizará cuando el o la participante mencione al menos una competencia que suela utilizar mayormente en su ejercicio en APS</b>
<b>CUANDO NO SE USA</b>	<b>No utilizará cuando el o la participante mencione al menos una competencia que suela utilizar mayormente en su ejercicio en atención secundaria</b>
<b>EJEMPLO</b>	<b>"Las más empeladas son atención y escucha, empatía, comunicación efectiva, trabajo en equipo, organización y planificación, flexibilidad y capacidad de adaptación".</b>

<b>CÓDIGO</b>	<b>COMNEUS</b>
<b>DEFINICIÓN BREVE</b>	<b>Competencias menos usadas</b>
<b>DEFINICIÓN COMPLETA</b>	<b>Se definirá como la o las competencias menormente utilizadas por los y las participantes en APS</b>
<b>CUANDO SE USA</b>	<b>Se utilizará cuando el o la participante mencione al menos una competencia que no suela utilizar, que utilice menormente en su ejercicio en APS</b>
<b>CUANDO NO SE USA</b>	<b>No utilizará cuando el o la participante mencione al menos una competencia que suela utilizar menormente en su ejercicio en atención secundaria</b>
<b>EJEMPLO</b>	<b>"Las menos empleadas son orientación al logro y comunicación escrita".</b>

## **ANEXO H**

**Entrevistador: Gabriel Enrique Droguett Sandoval**

**Entrevistado (a): Participante nº 1**

### **Introducción:**

El objetivo de esta entrevista es explorar las vivencias sobre las competencias de los psicólogos y psicólogas que trabajan o desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria de salud, es por ello, que las preguntas se basan en un estudio realizado previamente, de tipo cuantitativo, donde psicólogos y psicólogas que trabajan en APS identificaron 2 competencias más ranqueadas (acordes a su labor profesional) por cada tipo de competencias (competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales), el cual toma como base lo propuesto por Moncada el año 2015, donde determina un listado de 76 competencias idóneas para el quehacer de los y las psicólogos que trabajan en Atención Primaria de Salud.

### **Característica de la entrevista:**

Esta entrevista es confidencial, por lo que, al momento de realizarla se entregará un consentimiento informado donde se asegura su participación y confidencialidad, se nombrará como participante nº 1 (por ejemplo), con la intención de que el nombre de los y las participantes sea anónimo (a) y confidencial, esta entrevista será semi-estructurada, que tendrá preguntas abiertas que tienen relación directa con el trabajo en atención primaria de psicología, poseerá como una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

### **Preguntas:**

1. ¿Cómo resumiría su experiencia laboral en la atención primaria de salud?
2. Como una experiencia enriquecedora, desde el punto de vista de la experiencia clínica, considerando la cantidad de pacientes, las distintas patologías y la variedad de casos clínicos que uno debe atender en la población general.

3. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de prevención de salud?
4. Mantener un conocimiento actualizado de las diversas enfermedades más prevalentes en la población, conocer en profundidad las medidas desde el punto de vista la salud mental implicadas en la prevención de enfermedades y estar dispuesto a realizar distintas metodologías de trabajo en la implementación de actividades de prevención en salud.
5. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de promoción de salud?
6. Flexibilidad desde el punto de vista de las metodologías a emplear, mantener cierto grado de consistencia entre el propio de estilo de vida personal con lo que los conocimientos que se entregan a la población y conocimiento actualizado con respecto a los aspectos propios de la salud mental que inciden en la promoción de estilos de vida saludables.
7. ¿Es importante tener conocimientos sobre psicología de la salud para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
8. Creo que es recomendable, actualmente el conocimiento es cada vez más específico, lo que exige para aquellos que se desempeñan en APS no sólo saber de psicología y salud mental, sino que también de todos los aspectos y factores emocionales que inciden en los procesos de bienestar y enfermedad.
9. ¿Es relevante tener conocimientos sobre modelo de salud familiar/comunitario para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
10. Es fundamental, ya que el modelo de salud familiar es que el rige en la APS en Chile, por tanto, se espera que ese sea el marco conceptual o al menos uno de los paradigmas desde el cual se intervenga en el nivel primario de atención.

11. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud  
¿Es necesario tener una actitud de adaptabilidad al usuario dentro de su ejercicio profesional en atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
12. Sin duda, ya que cada usuario es un aparato psíquico único, que enfrenta y plantea demandas únicas y específicas. Si bien nos apoyamos en protocolos, manuales y normas técnicas, el trabajo en box con usuarios exige a su vez la mirada particular con la que sea posible favorecer procesos de cambio en esa persona en específico.
13. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud  
¿Es necesario poseer actitud de adaptabilidad al contexto de intervención? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
14. También es muy importante, porque en la universidad se tiende a recibir conocimiento relativo a los contextos clínicos privados, en los que no existe problemas de insumos, de espacio ni de infraestructura. Lo más probable es que los recién egresados y que deseen desempeñarse en APS trabajarán en lugares donde deban compartir box, donde el box tal vez no cumpla con las condiciones clínicas, que el box tenga una camilla, etc. Por eso, es pertinente contar con una postura flexible al respecto.
15. ¿Estima usted relevante tener dominio de herramientas para una intervención en crisis para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
16. Es fundamental, existen situaciones que se presentan con cierta frecuencia, como las crisis de pánico, intentos suicidas, cuadros de estrés post traumático y, lo más reciente, la situación de pandemia que actualmente enfrentamos. Debe existir el

conocimiento específico en el profesional con respecto a como proceder en cada uno de esos casos, lo que se conoce como protocolo en salud.

17. ¿Usted estima importante el tener dominio de herramientas o habilidades para una entrevista clínica en el ejercicio profesional en la atención primaria de salud?  
¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
18. Es fundamental, hasta el día de hoy la imagen más persistente y frecuente en la población y en los equipos de salud con respecto a la figura del psicólogo apunta a la idea de un profesional de box que evalúa y trata a pacientes con trastornos o patologías en salud mental. Si bien es conocido que esa imagen dista mucho de lo que realmente debe hacer un profesional de la salud mental, no deja de ser cierto que dentro de las funciones del cargo de un psicólogo de APS se encuentra el efectuar evaluaciones clínicas a los usuarios que consultan, para poder tratarlos o derivarlos según la condición clínica de cada usuario.
19. Una vez que hemos hecho una revisión dentro de sus experiencias profesionales ¿Qué competencias suele usted utilizar mayormente en la atención primaria de salud y qué competencias suele utilizar menos en atención primaria de salud?
20. Las más empleadas son atención y escucha, empatía, comunicación efectiva, trabajo en equipo, organización y planificación, flexibilidad y capacidad de adaptación. Las menos empleadas son orientación al logro y comunicación escrita.

**Entrevistador: Gabriel Enrique Droguett Sandoval**

**Entrevistado (a): Participante n°2**

**Introducción:**

El objetivo de esta entrevista es explorar las vivencias sobre las competencias de los psicólogos y psicólogas que trabajan o desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria de salud, es por ello, que las preguntas se basan en un estudio realizado previamente, de tipo cuantitativo, donde psicólogos y psicólogas que trabajan en APS identificaron 2 competencias más ranqueadas (acordes a su labor profesional) por cada tipo de competencias (competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales), el cual toma como base lo propuesto por Moncada el año 2015, donde determina un listado de 76 competencias idóneas para el quehacer de los y las psicólogos que trabajan en Atención Primaria de Salud.

**Característica de la entrevista:**

Esta entrevista es confidencial, por lo que, al momento de realizarla se entregará un consentimiento informado donde se asegura su participación y confidencialidad, se nombrará como participante n° 1 (por ejemplo), con la intención de que el nombre de los y las participantes sea anónimo (a) y confidencial, esta entrevista será semi-estructurada, que tendrá preguntas abiertas que tienen relación directa con el trabajo en atención primaria de psicología, poseerá como una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

**Preguntas:**

1. ¿Cómo resumiría su experiencia laboral en la atención primaria de salud?
2. Mi experiencia la resumiría como poca, pero considerando la demanda y los procesos actuales atingentes a los tiempos de pandemia, pienso que ha sido una experiencia enriquecedora ya que no solo se están enfermando las personas, sino que también existen personas que deben controlarse sus embarazos y otras patologías diferentes al virus actual.

3. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de prevención de salud?
4. Para prevenir la salud creo que la competencia más importante es la empatía que se debe tener con los pacientes ya que en muchas ocasiones se necesita entender lo que le pasa a la persona desde un punto de vista más allá del problema en cuestión sino también las problemáticas externas de trabajo, vivienda, etc.
5. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de promoción de salud?
6. Las principales herramientas o competencias que el Psicólogo Clínico de la atención primaria debería de tener son: conocimientos en intervención en crisis, Resiliencia, empatía, liderazgo, dominio en el ámbito o perspectiva biopsicosocial, estas competencias son primordiales a la hora de presentar o ejecutar proyectos como charlas, entrevistas, etc., para la promoción de la salud.
7. ¿Es importante tener conocimientos sobre psicología de la salud para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
8. Es muy importante saber sobre psicología de la salud ya que entrega muchas herramientas sobre prevención y promoción de la salud esta competencia cognitiva se hace primordial en el sentido de hacer prevención de la salud mental a los pacientes que se atienden en Atención Primaria de Salud.
9. ¿Es relevante tener conocimientos sobre modelo de salud familiar/comunitario para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
10. Saber sobre los modelos de salud familiar comunitario es muy relevante a la hora de identificar un caso de un paciente por que como explique anteriormente se debe aplicar un trabajo biopsicosocial en todos los pacientes para un buen rendimiento o desempeño en la atención del paciente.

11. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud  
¿Es necesario tener una actitud de adaptabilidad al usuario dentro de su ejercicio profesional en atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
12. Tener una actitud de adaptabilidad hace la diferencia en el buen trato con el paciente.
13. Ya que independiente de nuestros prejuicios y pensamiento personal, el profesional de la salud se debe adaptar a las actitudes, lenguaje y conductas de los pacientes para poder lograr una mejor atención como profesional.
14. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud  
¿Es necesario poseer actitud de adaptabilidad al contexto de intervención?  
¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
15. En estos tiempos es muy relevante el contexto de la pandemia que está afectando a todas las personas por igual, por esta razón se es muy importante mantener una adaptabilidad en los contextos que tienen de fondo la persona.
16. Esto se ejerce en el momento de la evaluación y tratamiento o terapias así se puede comprender de mejor manera los fenómenos que suceden en las personas o pacientes.
17. ¿Estima usted relevante tener dominio de herramientas para una intervención en crisis para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
18. En el contexto de la atención primaria es muy importante tener el conocimiento o herramientas para intervenir una situación con una persona en crisis ya que estas situaciones se dan muy seguido en el centro de atención sobre todo por el contexto que genera el COVID - 19 en la atención primaria de salud.



19. Generalmente esta competencia o esta herramienta se ejerce en distintos sectores o departamentos del área de salud incluso hasta los funcionarios pueden tener una situación de crisis que uno como profesional debe manejar y atender.
20. ¿Usted estima importante el tener dominio de herramientas o habilidades para una entrevista clínica en el ejercicio profesional en la atención primaria de salud?  
¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
21. La entrevista clínica es elemental en este contexto ya que se debe realizar entrevistas para indagar en las capacidades psicológicas de las madres que pronto tendrán a sus hijos y a los otros pacientes que necesitan una atención psicológica por conflictos relacionados a la depresión o complicaciones psicológicas de todo tipo.
22. Una vez que hemos hecho una revisión dentro de sus experiencias profesionales ¿Qué competencias suele usted utilizar mayormente en la atención primaria de salud y qué competencias suele utilizar menos en atención primaria de salud?
23. La entrevista psicológica y la intervención en crisis son las competencias que más utilizo en el área que me desempeño como profesional dentro del ámbito de la atención primaria de salud y la competencia que menos suelo utilizar es el liderazgo, aunque de igual forma es importante se presentan pocas ocasiones donde se debe liderar alguna situación dentro de las funciones del departamento del CESFAM.

**Entrevistador: Gabriel Enrique Droguett Sandoval**

**Entrevistado (a): Participante n°3**

**Introducción:**

El objetivo de esta entrevista es explorar las vivencias sobre las competencias de los psicólogos y psicólogas que trabajan o desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria de salud, es por ello, que las preguntas se basan en un estudio realizado previamente, de tipo cuantitativo, donde psicólogos y psicólogas que trabajan en APS identificaron 2 competencias más ranqueadas (acordes a su labor profesional) por cada tipo de competencias (competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales), el cual toma como base lo propuesto por Moncada el año 2015, donde determina un listado de 76 competencias idóneas para el quehacer de los y las psicólogos que trabajan en Atención Primaria de Salud.

**Característica de la entrevista:**

Esta entrevista es confidencial, por lo que, al momento de realizarla se entregará un consentimiento informado donde se asegura su participación y confidencialidad, se nombrará como participante n° 1 (por ejemplo), con la intención de que el nombre de los y las participantes sea anónimo (a) y confidencial, esta entrevista será semi-estructurada, que tendrá preguntas abiertas que tienen relación directa con el trabajo en atención primaria de psicología, poseerá como una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

**Preguntas:**

1. ¿Cómo resumiría su experiencia laboral en la atención primaria de salud?
2. Mi experiencia la resumiría como enriquecedora desde el punto de vista del conocimiento y de la experiencia clínica, por el hecho, de tratar diversos tipos de pacientes, y diversas patologías.

3. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de prevención de salud?
4. Actualizar los conocimientos de las diversas patologías y tener empatía con los pacientes, con el fin de establecer medidas o acciones con el objetivo de evitar las patologías y no esperar a tratar las patologías una vez ya generadas en el paciente, para ello es necesario analizar los contextos propios de la persona desde el enfoque biopsicosocial que propone la psicología de la salud.
5. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de promoción de salud?
6. La adaptabilidad al contexto de intervención, porque permite una flexibilidad desde el punto metodológico en relación al propio estilo de vida de cada persona, el cual está hasta cierto punto, ligado con los recursos propios de cada persona visto desde una perspectiva biopsicosocial, también considero idóneo la empatía, por permitir comprender las necesidades de las personas y facilitar planes de intervención que fomenten la actividad de la promoción de la salud.
7. ¿Es importante tener conocimientos sobre psicología de la salud para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
8. Estimo que es muy importante, puesto que el tener conocimientos de psicología de la salud permite diferenciar los diversos niveles de intervención, y ayuda al análisis de las necesidades propias de la atención primaria de la salud, centrándose en la prevención y promoción de la salud, en lugar de enfocarse mayormente en el tratamiento de patologías. Esto exige que los que trabajen en APS no solo conozcan de psicología y salud mental, sino también de factores externos que promuevan la promoción y la promoción de la salud de las personas.

9. ¿Es relevante tener conocimientos sobre modelo de salud familiar/comunitario para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
10. Es relevante poseer conocimientos sobre el modelo de salud familiar, aunque sean de manera genérica o global, puesto que el modelo de modelo de salud familiar rige y determina las políticas de salud públicas de la APS en Chile, al trabajar desde una perspectiva biopsicosocial ayuda al análisis de diversas perspectivas o aristas de la persona, y las redes de apoyo de las personas son de gran ayuda en el proceso de prevenir y tratar la mayoría de las patologías que se pueden encontrar en la atención primaria de salud.
11. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario tener una actitud de adaptabilidad al usuario dentro de su ejercicio profesional en atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
12. Sin duda alguna, pues adaptarse al usuario es una herramienta muy útil, puesto que cada usuario o paciente es un mundo diferente con necesidades diferentes, por lo que el poder adaptarse al usuario a las necesidades del usuario permite que la intervención del profesional obtenga una mayor probabilidad de éxito. Ahora si bien, existen protocolos y normas éticas, uno de los factores de relevancia en la adaptación al usuario es el uso del lenguaje, donde uno debe usar un lenguaje o términos que el usuario entienda y pueda manejar sin dificultad.
13. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario poseer actitud de adaptabilidad al contexto de intervención? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
14. Es muy importante, puesto que en la formación académica de carrera se tiende a brindar conocimientos orientados a la intervención clínica privada, no se toma en consideración la intervención clínica en centros de salud pública, donde existen

problemas con insumos o infraestructuras acordes a las necesidades propias de una intervención profesional, y sobre todo en el contexto de la pandemia o crisis sanitaria que afronta el país, donde de una u otra manera afecta a la mayoría de las personas en diversos ámbitos de su vida.

15. Esta competencia se ejerce en el quehacer profesional al momento de una evaluación y/o terapias que comprendan mejor los fenómenos que acongojan a las personas y pacientes, como también contar una postura flexible en relación a los insumos y/o infraestructuras que se posean al momento de la intervención profesional.
16. ¿Estima usted relevante tener dominio de herramientas para una intervención en crisis para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
17. En el ámbito de la atención primaria estimo que es fundamental, puesto que se dan situaciones con cierta frecuencia, en la que el o la psicóloga presencia con pacientes que presentan crisis de pánico, cuadros de estrés post-traumático, e incluso pacientes que manifiestan haber realizado intentos de suicidio, por lo cual es de mucha importancia que el profesional tenga conocimientos de como actuar antes este tipo de casos, denominados como protocolos de salud.
18. ¿Usted estima importante el tener dominio de herramientas o habilidades para una entrevista clínica en el ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
19. La entrevista clínica posee una relevancia elemental, pues, es una herramienta que permite indagar y generar un panorama tanto general como específico de las necesidades y antecedentes que posee un usuario para poder determinar la terapia más acorde y que sea de verdadera ayuda o derivar al usuario con algún especialista que sea más acorde a las necesidades que presenta el usuario.

20. Una vez que hemos hecho una revisión dentro de sus experiencias profesionales ¿Qué competencias suele usted utilizar mayormente en la atención primaria de salud y qué competencias suele utilizar menos en atención primaria de salud?
21. Las competencias que más suelo utilizar son entrevista clínica, la empatía, la escucha activa, la intervención en crisis, el trabajo en equipo y la capacidad de adaptabilidad al usuario.
22. Las competencias que menos suelo utilizar son el liderazgo, a menos que sea de vital importancia y las orientadas a la comunicación escrita.

**Entrevistador: Gabriel Enrique Droguett Sandoval**

**Entrevistado (a): Participante nº4**

**Introducción:**

El objetivo de esta entrevista es explorar las vivencias sobre las competencias de los psicólogos y psicólogas que trabajan o desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria de salud, es por ello, que las preguntas se basan en un estudio realizado previamente, de tipo cuantitativo, donde psicólogos y psicólogas que trabajan en APS identificaron 2 competencias más ranqueadas (acordes a su labor profesional) por cada tipo de competencias (competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales), el cual toma como base lo propuesto por Moncada el año 2015, donde determina un listado de 76 competencias idóneas para el quehacer de los y las psicólogos que trabajan en Atención Primaria de Salud.

**Característica de la entrevista:**

Esta entrevista es confidencial, por lo que, al momento de realizarla se entregará un consentimiento informado donde se asegura su participación y confidencialidad, se nombrará como participante nº 1 (por ejemplo), con la intención de que el nombre de los y las participantes sea anónimo (a) y confidencial, esta entrevista será semi-estructurada, que tendrá preguntas abiertas que tienen relación directa con el trabajo en atención primaria de psicología, poseerá como una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

**Preguntas:**

1. ¿Cómo resumiría su experiencia laboral en la atención primaria de salud?
2. Es una experiencia muy valorable, de crecimiento personal y de desarrollo profesional.
3. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de prevención de salud?
4. Capacidad de escucha, flexibilidad, tolerancia a la frustración y al estrés
5. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de promoción de salud?
6. Trabajo en equipo, comunicación verbal y no verbal, creatividad y adaptabilidad
7. ¿Es importante tener conocimientos sobre psicología de la salud para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
8. Si, puesto que es necesario poder resolver problemas, tener la capacidad de crítica para evaluar datos y líneas de acción para conseguir tomar decisiones lógicas de forma imparcial y razonada. Así también poder trabajar en equipo con los demás profesionales y el trabajo en red que es muy importante.
9. ¿Es relevante tener conocimientos sobre modelo de salud familiar/comunitario para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
10. Si, es de suma importancia poder tener una mirada sistémica, multifactorial involucrando a los diferentes actores en salud mental de los usuarios en conjunto con los factores socio afectivos, de vivienda, económico y de salud. Esto permite involucrar el trabajo en equipo y en coordinación con los diferentes agentes de la

red. Buscando obtener éxito en la atención primaria de salud, con calidad en la atención y efectividad en los resultados.

11. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario tener una actitud de adaptabilidad al usuario dentro de su ejercicio profesional en atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
12. Por supuesto, es importante tener la capacidad de ir adaptándose a los diferentes contextos y eventos que van sucediendo, en un ambiente que esta en constante movimiento. Por ejemplo, ahora en tiempos de pandemia, hemos podido observar un aumento en las demandas de los usuarios, con diferentes signos, síntomas y patologías en salud mental y hemos tenido que ir adaptándonos al teletrabajo con los mismos usuarios para poder permanecer eficaz en la atención de estos pacientes.
13. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario poseer actitud de adaptabilidad al contexto de intervención? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
14. Si, es necesario ya que el usuario es un agente en movimiento y de cambios, por lo que es necesario ampliar la mirada e ir adaptando las herramientas y recursos personales o profesionales, según la persona a la cual se atiende.
15. ¿Estima usted relevante tener dominio de herramientas para una intervención en crisis para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
16. Es de suma relevancia tener herramientas en intervención en crisis, ya que somos el primer lugar donde acuden pacientes con diferentes patologías y en las que muchas ocasiones llegan descompensadas y es necesario poder intervenir de manera eficiente y eficaz, con las competencias y herramientas que posee cada



profesional. Se utiliza un protocolo de acción, donde se valoriza al usuario en primera instancia se ve el estado en que llega la persona, características del problema y de evento traumático y gravedad de la crisis. Luego, se evalúa a la persona y se desarrolla un plan de acción resguardando la seguridad del usuario y brindar el apoyo psicológico oportuno. De esta manera necesitamos poder influir en el funcionamiento psicológico de la persona durante un periodo de desequilibrio, para aliviar el impacto inmediato de la situación estresante ayudándolo a que pueda enfrentar eficazmente el estrés o trauma.

17. ¿Usted estima importante el tener dominio de herramientas o habilidades para una entrevista clínica en el ejercicio profesional en la atención primaria de salud?  
¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
18. Es importante tener conocimientos de una entrevista clínica con las habilidades blandas, propias del profesional y recursos que posee, para poder identificar, discriminar y categorizar los signos, síntomas y/o patologías. Realizar un análisis y decidir un plan de acción para el tratamiento oportuno y eficaz para los usuarios. Es importante, poder brindar la contención y acoger de manera respetuosa y empática las problemáticas de los usuarios, de manera objetiva y sin juicios de valor.
19. Una vez que hemos hecho una revisión dentro de sus experiencias profesionales ¿Qué competencias suele usted utilizar mayormente en la atención primaria de salud y qué competencias suele utilizar menos en atención primaria de salud?
20. En lo personal, suelo mantener una buena comunicación con mis pares y demás profesionales de la red, intentando mantenernos coordinados en el plan de acción. Suelo trabajar en equipo, me adapto fácilmente a los cambios, soy empática, amable y con buen humor. Y en la práctica profesional suelo mantener el escucha activa.
21. En menor medida utilizo las competencias de liderazgo en atención primaria.

**Entrevistador: Gabriel Enrique Droguett Sandoval**

**Entrevistado (a): Participante nº5**

**Fecha:**

**Introducción:**

El objetivo de esta entrevista es explorar las vivencias sobre las competencias de los psicólogos y psicólogas que trabajan o desenvuelven su quehacer profesional en la atención primaria de salud, es por ello, que las preguntas se basan en un estudio realizado previamente, de tipo cuantitativo, donde psicólogos y psicólogas que trabajan en APS identificaron 2 competencias más ranqueadas (acordes a su labor profesional) por cada tipo de competencias (competencias cognitivas, competencias actitudinales y competencias procedimentales), el cual toma como base lo propuesto por Moncada el año 2015, donde determina un listado de 76 competencias idóneas para el quehacer de los y las psicólogas que trabajan en Atención Primaria de Salud.

**Característica de la entrevista:**

Esta entrevista es confidencial, por lo que, al momento de realizarla se entregará un consentimiento informado donde se asegura su participación y confidencialidad, se nombrará como participante nº 1 (por ejemplo), con la intención de que el nombre de los y las participantes sea anónimo (a) y confidencial, esta entrevista será semi-estructurada, que tendrá preguntas abiertas que tienen relación directa con el trabajo en atención primaria de psicología, poseerá como una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

**Preguntas:**

1. ¿Cómo resumiría su experiencia laboral en la atención primaria de salud?
2. Resumiría mi experiencia laboral como muy valorable desde el punto de vista profesional y muy enriquecedora desde el punto de vista del conocimiento por los tan diversos casos que me ha tocado tratar.

3. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de prevención de salud?
4. Las competencias que considero más idóneas para la prevención de la salud son la tolerancia a la frustración, tolerancia y manejo de estrés, la flexibilidad y la empatía.
5. Según su vivencia profesional ¿Qué competencias considera más idóneas para realizar actividades de promoción de salud?
6. Las competencias que más idóneas o relevantes para la promoción de la salud es el trabajo en equipo, la empatía con el usuario y la adaptabilidad de los planes de acción.
7. ¿Es importante tener conocimientos sobre psicología de la salud para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
8. Es importante, porque la psicología de la salud incentiva de cierta forma a emplear el modelo biopsicosocial.
9. Esto se puede se aplica al momento de realizar planes de acción para la promoción y prevención, puesto que el objetivo de la atención primaria de salud, al menos de mi punto de vista, es evitar la generación de trastornos o patología, y a la vez, permite realizar trabajo en equipo con diversos profesionales de la salud en beneficio del usuario.
10. ¿Es relevante tener conocimientos sobre modelo de salud familiar/comunitario para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia cognitiva en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
11. Es relevante por el hecho de que la APS en Chile está regida y/o basada en el modelo de salud familiar, incluso los consultorios ahora se llaman Centros de Salud Familiar, con sus siglas CESFAM.

12. Para mí se vivencia al momento de ver a la persona como un ser social analizando al usuario desde el modelo biopsicosocial, con lo cual se analizan sus redes de apoyo, que suelen ser mayormente la familia.
13. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario tener una actitud de adaptabilidad al usuario dentro de su ejercicio profesional en atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
14. Bueno, más que necesario, diría que es relevante el poder adaptarse al usuario.
15. Esta competencia o habilidad, permite al profesional modificar su lenguaje a un lenguaje que pueda entender el usuario, y como cada paciente es un universo único e irrepetible, hay que adaptarse también a las necesidades propias del usuario.
16. Para un buen desempeño de su ejercicio profesional en atención primaria de salud ¿Es necesario poseer actitud de adaptabilidad al contexto de intervención? ¿Cómo se ejerce esta competencia actitudinal en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
17. Es muy importante y necesario, y debería ser parte de la formación de todo psicólogo y psicóloga clínico.
18. Un ejemplo claro de como se ejerce esta competencia, es debido a la pandemia, puesto que la mayoría de las intervenciones de los psicólogos no es la misma a la que se realizaba previo a la pandemia, como también la infraestructura que tiene el sistema de salud público no posee las mismas comodidades que el sistema de salud privado.
19. ¿Estima usted relevante tener dominio de herramientas para una intervención en crisis para su ejercicio profesional en la atención primaria de salud? ¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?

20. La intervención en crisis es muy relevante en los diversos niveles de atención de salud, sobre todo en APS.
21. Esto se vivencia cuando un usuario llega a consulta con algún cuadro descompensado o cuando vive una crisis en el recinto o centro de salud, donde el profesional de la salud, debe tener las herramientas necesarias para intentar controlar la crisis del usuario.
22. ¿Usted estima importante el tener dominio de herramientas o habilidades para una entrevista clínica en el ejercicio profesional en la atención primaria de salud?  
¿Cómo se ejerce esta competencia procedimental en su quehacer profesional en la atención primaria de salud?
23. La entrevista clínica es una herramienta importante y fundamental para el quehacer profesional, puesto que permite obtener información del usuario, y así poder conocer las problemáticas y necesidad del usuario para realizar el mejor plan de acción.
24. Una vez que hemos hecho una revisión dentro de sus experiencias profesionales ¿Qué competencias suele usted utilizar mayormente en la atención primaria de salud y qué competencias suele utilizar menos en atención primaria de salud?
25. Las competencias que más utilizo es la escucha activa, el trabajo en equipo trabajo en equipo y la empatía.
26. Las competencias que menos empleo son el liderazgo, y las competencias ligadas a la comunicación escrita.