

## PSICOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA PROPUESTA DE COMPETENCIAS

### PSYCHOLOGY AND PRIMARY CARE: A PROPOSAL OF COMPETENCES

#### RESUMEN

*Se reporta una aproximación empírica a la definición de competencias para el desempeño de psicólogos y psicólogas en Atención Primaria de Salud (APS). Se busca responder a la pregunta: ¿Cuáles son las competencias que debe tener el psicólogo para poder desempeñarse en APS?*

*A través de la técnica grupo Delphi, se construye una propuesta de 76 competencias. Posteriormente, para validar la propuesta, ésta es llevada a una encuesta online respondida por 101 psicólogos y psicólogas, observándose que 74 de las competencias son calificadas como pertinentes o muy pertinentes. La presencia de sesgo de autoselección, baja tasa de respuesta y un descenso progresivo en la cantidad de ellas, sumado a la imposibilidad de caracterizar el total de la muestra, restringe el uso de los resultados para validar competencias.*

*Los resultados son analizados a la luz de los modelos de salud integral y psicología de la salud. Se plantea que, si bien la definición de competencias aporta a la construcción de un rol para psicólogos y psicólogas en APS, dicha construcción debe ser previa a la profundización en perfiles.*

**Palabras clave:** atención primaria de salud, psicología, desempeño profesional, rol, competencias.

#### ABSTRACT

*This paper reports an empirical approach to define performance competencies for psychologists in primary health care (PHC). We seek to answer: which are the competences required to perform well as a psychologist in PHC?*

*A proposal of 76 competencies is built through the Delphi group technique. To validate the proposal, an online survey is answered by 101 psychologists, rating 74 of the competencies as relevant or very relevant. Self-selection bias, low and progressively declining number of response rate, limits the use of results to validly characterize competencies.*

*The findings are analyzed using the model of Integrated Health and Health Psychology. We propose that while the definition of competencies is useful to define the role of the PHC psychologists, a previous definition of profiles is required.*

**Keywords:** primary care, psychology, professional performance, role, competencies.

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en Chile se basa en la atención primaria,<sup>1</sup> nivel de atención que la Organización Mundial de la Salud considera como la asistencia sanitaria esencial,<sup>2</sup> y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el eje articulador de la salud pública.<sup>3</sup>

En Chile, la Atención Primaria de Salud (APS) se estructura en el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitaria, o Modelo de Salud Integral. Este modelo presupone una concepción de la salud como proceso integral e interactivo, y un rol de los profesionales también integral sobre la base de tres principios básicos: foco en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.<sup>1</sup>

En nuestro país, la inserción de psicólogos y psicólogas en APS ha tenido un fuerte impulso.<sup>4</sup> Al año 2012, había 2.084 profesionales del área psicología en APS (Subsecretaría de Redes Asistenciales, comunicación no publicada), casi el cuádruple de los 485 profesionales de comienzos de la década pasada.<sup>5,6</sup> Sin embargo, no se encuentra delimitado el rol que estos profesionales tienen en APS.<sup>7,9</sup> Esto se refleja en algunos déficits, como: menor preparación para la intervención grupal y comunitaria y un excesivo énfasis en la formación para la intervención clínica individual,<sup>5,10</sup> insuficiente formación en salud mental,<sup>6</sup> insuficiente formación en modelos terapéuticos efectivos,<sup>11</sup> excesivo énfasis de la atención en consulta,<sup>12</sup> menor consideración de las etiologías biológicas a la hora de establecer diagnósticos y falta de conocimiento en instrumentos y escalas validadas,<sup>13</sup> todo lo cual redundando en dificultades para conciliar la ejecución acorde a las demandas de los empleadores, con las competencias de formación.<sup>14,15</sup>

Scharager y Molina<sup>5</sup> puntualizan que parte importante de las dificultades para el ejercicio derivan de la ausencia de modelos de formación para APS, por tanto es necesario definir competencias que permitan avanzar en la delimitación de perfiles profesionales para este nivel.

El concepto de competencia es entendido en este trabajo desde una acepción necesariamente amplia ya que, como plantea Rial,<sup>16</sup> es

un concepto ambiguo y polisémico que considera todas aquellas condiciones que son habilitantes para una determinada función. Para la OPS,<sup>3</sup> 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 APS.

Hay un progresivo interés por generar conocimiento que permita el desempeño competente de psicólogos en salud pública en general y APS en particular.<sup>17,18</sup> Se han propuesto cinco categorías de competencias para ello: ciencia (sistematización del conocimiento), sistemas (aporte que puede realizar el profesional a la estructura del sistema de salud), relaciones (autocuidado del equipo de salud), aplicación (referido directamente a la atención) y educación.<sup>19,20</sup>

Otra propuesta ha sido la de asimilar la formación con la especialidad clínica, específicamente que las competencias requeridas para salud pública son una extensión del ejercicio psicoterapéutico.<sup>14,21</sup> Diversos autores han criticado esta postura y han planteado que el perfil que debe sustentar el ejercicio del psicólogo en Salud Pública debe provenir de la subdisciplina Psicología de la Salud,<sup>4,10,22-28</sup> relevando la necesidad de ampliar su rol al apoyo de todo el ciclo salud-enfermedad. Proponen un perfil profesional capaz de apoyar al conjunto de los actores de salud, involucrando elementos de epidemiología, psicología laboral, salud ocupacional, sociología y psicología comunitaria, sin distinción entre parcelas temáticas salud mental/salud física.<sup>26</sup>

Fernández y Pérez,<sup>27</sup> incluyen como competencia relevante el dominio de criterios de clasificación diagnóstica, específicamente el Catálogo Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), toda vez que las codificaciones de las patologías en APS en Chile se realizan basadas en esta clasificación,<sup>8</sup> complementándose con el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM.<sup>14</sup> Otro criterio propuesto es la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente, CF-TMEA, modelo de clasificación que incluye consideraciones psicodinámicas, cognitivas y

neurobiológicas, aunque sin difusión masiva en Chile.<sup>29</sup>

En conclusión, podemos señalar que existe el requerimiento de determinadas competencias para salud pública y APS en particular. El objetivo de investigación que se desprende, es construir una propuesta de competencias para el desempeño de psicólogos y psicólogas en APS acorde al Modelo de Salud Integral. Se busca con ello dar un primer paso hacia la definición de perfiles de competencia para un nivel de atención donde la psicología marca, cada vez, mayor presencia, y con ello aportar a delinear el rol que debe tener en él.

## MÉTODO

Diseño metodológico en dos etapas: una primera fase cualitativa (grupo Delphi) y una segunda fase cuantitativa (encuesta).

### Fase Cualitativa

En la primera fase se utilizó la técnica grupo Delphi, clasificada como cualitativa en atención a que su objetivo es la búsqueda de consenso a partir de las subjetividades de los diferentes participantes, más que probar presupuestos teóricos.<sup>30</sup> En ella se entrevista a los participantes sin que sea necesario reunirse físicamente.<sup>30</sup> Se entrevistó, en sucesivas iteraciones, a psicólogos calificados para este estudio como expertos. Fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por juicio. Como experto se definió al profesional que posee conocimientos actualizados basados en la práctica y experiencia.<sup>3</sup> Los 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 para esta fase se utilizaron dos pautas de entrevista:

Primero, una pauta breve,<sup>30</sup> en ella se les consultó a los participantes 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 fueron sometidas a análisis de contenido por el investigador y un juez externo, elaborando una primera categorización.

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

Se construyó un catálogo de 76 competencias que fue remitido una vez más a los participantes del grupo Delphi para observaciones finales.

### Fase Cuantitativa

La segunda etapa correspondió a la fase de encuesta. Se encuestó a psicólogos y psicólogas con desempeño actual 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. Ésta fue respondida por 101 participantes.

La encuesta evaluó cada una de las competencias propuestas por el grupo Delphi basada en qué tan pertinente es considerada 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*.

Se realizó una aplicación piloto de la encuesta en 10 psicólogos y psicólogas con experiencia en APS.

## PRINCIPALES RESULTADOS

### Fase cualitativa

El grupo Delphi estuvo formado por cuatro académicos, dos encargados de salud mental y cinco profesionales con desempeño actual en

APS. Un profesional era de la región de Aysén, dos de la región de Los Lagos, dos de la región de Los Ríos, dos de La Araucanía, dos de la región Metropolitana y uno de la región de Valparaíso.

La propuesta final del grupo Delphi quedó conformada por 76 competencias, organizadas en tres grandes categorías: Competencias Cognitivas, Actitudinales y Procedimentales. En los tres grupos nos encontramos con competencias amplias, de primer orden, y más específicas, de segundo orden (Tablas 1, 2 y 3).

Este grupo de competencias (Tabla 1) refiere a conocimiento teórico/técnico. “Conocimiento de enfoques teóricos para salud pública” y “comprensión del proceso salud enfermedad” pueden considerarse más direc-

tamente vinculadas a la formación de pregrado; la última considera “criterios diagnósticos psicopatológicos”, entre los cuales fue mencionado CFTMEA como un criterio alternativo a los dos más conocidos. “Conocimiento en política pública de salud” y “conceptos de salud pública” implican que el profesional conozca la red institucional (otras instituciones de salud u órganos de la administración pública) y que sea capaz de comunicarse técnicamente con otros actores del sistema de salud.

Este grupo de competencias (Tabla 2) refiere a las valoraciones y predisposiciones para el ejercicio en salud. Corresponden al “saber ser”. Son transversales a todo el ejercicio profesional de psicólogos y psicólogas. De éstas, “liderazgo” fue la de menor acuerdo.

Tabla 1. Competencias Cognitivas

Competencia de primer orden	Competencia de segundo orden
Conocimiento en enfoques teóricos para salud pública	Modelo de Salud Familiar/Comunitario Psicología de la Salud Modelos teóricos clínicos: Cognitivo Conductual, Sistémico, Analítico y Humanista Gestáltico
Conocimiento en política pública de salud	Red institucional Conocimiento en Programas de Salud Pública Conocimiento en Lineamientos Técnicos
Conceptos de salud pública	Manejo de Lenguaje Técnico Interdisciplinario Conocimiento de conceptos biomédicos Conocimiento de Administración del Sistema Público de Salud
Comprensión del proceso salud enfermedad	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) Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su cuarta versión (DSM-V) Otros

Tabla 2. Competencias Actitudinales

Competencia de primer orden	Competencia de segundo orden
Tolerancia	Tolerancia a la alta demanda y múltiple exigencia Tolerancia a la frustración frente a la ausencia de logros inmediatos
Adaptabilidad	Al usuario Al contexto de intervención
Recursos personales	Asertividad Proactividad Responsabilidad social Creatividad Conciencia Organizacional Liderazgo
Apertura a la interdisciplinariedad	Valoración positiva del trabajo en equipo  Valoración positiva del rol que juegan todos los actores de salud, tanto profesionales como no profesionales y usuarios

**Tabla 3. Competencias Procedimentales**

Competencia de primer orden	Competencia de 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 en contextos comunitarios
Habilidades clínicas	Capacidad para desarrollar evaluación y diagnóstico Habilidades de entrevista clínica Capacidad para establecer encuadre Habilidades de intervención (individual/familia/pareja) Habilidades de intervención psicoterapéutica nivel generalista (con 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 para trabajar en equipo Capacidad para coordinar equipos de trabajo Capacidad para generar articulación entre nivel de atención primaria y nivel 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

Este grupo de competencias (Tabla 3) refiere al dominio de herramientas para la intervención. Corresponde al “saber hacer”.

No hubo acuerdo respecto del dominio de habilidades psicoterapéuticas. Parte de los miembros del grupo señalaron la necesidad de contar con habilidades psicoterapéuticas a nivel de especialidad y otra parte señaló como más pertinente un enfoque generalista. Por ello se conservaron ambas opciones en el catálogo final.

### Fase Cuantitativa

Solo 75 de los 101 profesionales completaron sus datos de caracterización (sexo, región, universidad), por tanto de 26 encuestados se desconocen dichos datos. Considerando esa limitante, se desprende que por lo menos de quienes sí consignaron sus datos, la muestra estuvo formada por un 69% de mujeres y un 31% de hombres. Un 4,2% de los encuestados se desempeñaba en la región de Arica, 2,7% en la región de Antofagasta, 6,9% en la región de Coquimbo, 29,2% en la región de Valparaíso, 12,5% en la región Metropolitana, 22,2% en la región del Biobío, 16,6% en la región de La Araucanía, 4,3% en la región de Aysén y 1,4% en la región de Magallanes. Respecto de la institución en que se cursó el pregrado, 29,4% lo hizo en universidad estatal, 8% en universidad privada miembro del Consejo de Rectores, el 60% en universidad privada no miembro del Consejo de Rectores y un 1,3% (un encuestado) realizó el pregrado en universidad extranjera.

La pertinencia atribuida a cada competencia corresponde a la frecuencia con que los encuestados calificaron cada ítem/competencia como pertinente o muy pertinente (Tablas 4, 5 y 6).

Dos de las competencias calificadas por el grupo Delphi como pertinentes, no lo fueron para los encuestados: “modelo teórico clínico analítico” y dominio de un “criterio diagnóstico psicopatológico” distinto de CIE 10 o DSM IV.

Tabla 4. Pertinencia atribuida a Competencias Cognitivas

	N	Media	DE	MP+P
Conocimiento en Enfoques Teóricos para Salud Pública	101	4,55	0,592	97,00
Conocimiento del Modelo de Salud Familiar/Comunitario	101	4,73	0,581	97,00
Conocimiento en Psicología de la Salud	101	4,55	0,655	95,10
Dominio de Modelos Teóricos Clínicos	101	4,53	0,576	96,20
Modelo Cognitivo Conductual	101	4,29	0,589	95,10
Sistémico	101	4,63	0,578	97,00
Analítico	101	3,2	1,049	49,50
Humanista Gestáltico	101	3,64	0,901	70,30
Otro	32	3,94	0,725	71,50
Conocimiento en Política Pública de Salud	99	4,57	0,717	94,00
Conocimiento de la Red Institucional	99	4,8	0,473	99,00
Conocimiento de Programas de Salud Pública	99	4,68	0,55	98,00
Conocimiento de Lineamientos Técnicos	99	4,73	0,47	99,00
Conceptos de Salud Pública	96	4,61	0,51	99,00
Manejo de Lenguaje Técnico Interdisciplinario	96	4,56	0,558	96,90
Conocimiento de Conceptos Biomédicos	96	4,28	0,593	94,80
Conocimiento de Administración del Sistema Público de Salud	96	3,99	0,84	83,40
Comprensión del Proceso Salud Enfermedad	88	4,81	0,397	100,00
Comportamiento (inicio, evolución) de problemas de salud pertinentes al psicólogo	90	4,9	0,302	100,00
Dominio de Criterios Diagnósticos Psicopatológicos	90	4,66	0,501	98,90
CIE-10	90	4,503	0,603	94,50
DSM-IV	90	4,26	0,787	88,90
Otro	25	3,1	0,98	32,30

Nota. N = número de sujetos que respondió el ítem; M = Media del ítem; DE = Desviación típica del ítem; MP = Muy Pertinente; P = Pertinente

**Tabla 5. Pertinencia atribuida a Competencias Actitudinales**

	N	Media	DE	MP+P
Tolerancia	89	4,92	0,271	100
Tolerancia a la alta demanda y múltiple exigencia	89	4,87	0,343	100
Tolerancia a la frustración frente a la ausencia de logros inmediatos	89	4,88	0,364	98,9
Apertura a la Interdisciplinariedad	87	4,91	0,328	98,9
Valoración positiva del trabajo en equipo	88	4,95	0,209	100
Valoración positiva del rol que juegan todos los actores de salud tanto profesionales como no profesionales y usuarios	88	4,95	0,209	100
Adaptabilidad	85	4,88	0,324	100
Al usuario	85	4,91	0,294	100
Al contexto de intervención	85	4,64	0,829	92,9
Recursos Personales	85	4,95	0,213	100
Asertividad	85	4,93	0,258	100
Proactividad	85	4,71	0,614	97,7
Responsabilidad social	85	4,79	0,558	97,6
Creatividad	85	4,66	0,501	98,9
Conciencia Organizacional	85	4,54	0,609	96,4
Liderazgo	85	4,22	0,746	85,9

Nota. N = número de sujetos que respondió el ítem; M = Media del ítem; DE = Desviación típica del ítem; MP = Muy Pertinente; P = Pertinente

Existe acuerdo respecto a la pertinencia de las competencias actitudinales propuesta por el grupo Delphi, aunque, coincidentemente con éste, se presenta cierta discrepancia en la

competencia “liderazgo”. Es la competencia actitudinal menos pertinente para los encuestados, y la que presenta mayor dispersión.

**Tabla 6. Pertinencia atribuida a Competencias Procedimentales**

	N	Media	DE	MP+P
Habilidades comunicacionales	84	4,88	0,326	100
Habilidades para presentaciones orales ante diferentes públicos objetivos	84	4,65	0,549	96,4
Escucha activa	84	4,95	0,265	98,8
Habilidades relacionales	84	4,96	0,187	100
Empatía	84	4,93	0,259	100
Trato amable	84	4,93	0,259	100
Habilidades para establecer límites en la relación terapeuta paciente	84	4,88	0,326	100
Habilidades de registro escrito	84	4,64	0,482	100
Redacción de informes	84	4,64	0,482	100
Redacción de fichas clínicas	84	4,7	0,46	100

Habilidades para el trabajo grupal y comunitario	81	4,81	0,422	98,7
Manejo de Grupo	81	4,75	0,462	98,7
Manejo en contextos comunitarios	81	4,67	0,592	96,3
Habilidades clínicas	76	4,87	0,34	100
Capacidad para desarrollar evaluación y diagnóstico	77	4,83	0,377	100
Habilidades de entrevista clínica	77	4,88	0,362	98,7
Capacidad para establecer encuadre	77	4,75	0,434	100
Habilidades de intervención (Individual/Familia/Pareja)	77	4,78	0,417	100
Habilidades de intervención Psicoterapéutica nivel generalista	77	4,53	0,718	92,2
Habilidades de intervención Psicoterapéutica nivel especialista	77	3,97	0,858	79,4
Consulta de Salud Mental	77	4,78	0,476	97,4
Consejería	77	4,68	0,572	97,4
Psicoeducación	77	4,71	0,483	98,7
Intervención en crisis	77	4,77	0,51	98,7
Intervención breve	77	4,7	0,488	98,7
Otra forma de intervención	13	4,13	0,99	60
Habilidades de Trabajo en Equipo	76	4,83	0,379	100
Capacidad para trabajar en equipo	76	4,83	0,379	100
Capacidad para coordinar equipos	76	4,54	0,662	93,4
Capacidad para generar articulación entre nivel de atención primaria y nivel secundario	76	4,67	0,551	96,1
Habilidades de gestión	76	4,5	0,622	96,1
Planificación	76	4,55	0,526	98,7
Administración	76	4,32	0,697	89,5
Registro estadístico	76	4,58	0,497	100
Habilidades de autocuidado	75	4,89	0,311	100
Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado personal	75	4,87	0,342	100
Habilidad para desarrollar acciones de autocuidado en el equipo de salud	75	4,49	0,795	93,3

*Nota.* *N* = número de sujetos que respondió el ítem; *M* = Media del ítem; *DE* = Desviación típica del ítem; *MP* = Muy Pertinente; *P* = Pertinente.

Respecto del dominio de habilidades psicoterapéuticas, tanto el dominio a nivel generalista como de especialidad se manifiestan como pertinentes. Se atribuye una leve menor pertinencia a la formación de especialidad, la cual presenta, a su vez, una mayor dispersión.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los profesionales calificados como expertos distinguen 76 competencias necesarias para el

desempeño en APS. De éstas, 74 son reconocidas como muy pertinentes o pertinentes por profesionales que actualmente se desempeñan en APS.

Estas 74 competencias resultan coherentes con el rol promotor, preventivo e integral de la psicología en APS. Es así como se reconoce la pertinencia de contar con dominio del Modelo de Salud Integral y del Modelo Sistémico. Esto implica que los participantes del grupo Delphi y de la encuesta identifican

cuál es el marco teórico que sustenta APS. El reconocimiento de Psicología de la Salud como segundo en pertinencia entre los modelos teóricos, refuerza lo señalado respecto a que la formación para APS debe surgir desde esta subdisciplina.

Es comprensible que la mayor pertinencia respecto de criterios de clasificación diagnóstica haya sido asignada a CIE-10, ya que las codificaciones en APS aplican este criterio. También se le asigna una alta pertinencia al dominio de DSM IV. Podríamos afirmar que ambos resultan complementarios para el diagnóstico en salud pública. Sería interesante apoyar la incorporación progresiva del CFTMEA a los criterios de clasificación para APS, ya que el carácter integral que propone para el proceso diagnóstico, es coherente con el enfoque de Salud Integral.

Respecto de las Competencias Procedimentales, destaca la falta de acuerdo en el dominio de habilidades psicoterapéuticas. Un elemento que puede estar en la base de este desacuerdo es la concepción del ejercicio en salud pública como extensión de la psicoterapia. Desafortunadamente, esto niega las particulares características de APS, ya que este nivel de atención tiene un rol vinculado principalmente a la promoción y la prevención en salud, por sobre la intervención curativa. Se insiste en que el enfoque de Psicología de la Salud parece más pertinente.

También es posible que esté asociado a condiciones estructurales y a las expectativas que otros profesionales tengan respecto al rol de psicólogos y psicólogas. Este último factor es particularmente relevante ya que se ha mencionado la desconexión que habría entre la formación en psicología y las demandas de otros actores. Es posible hipotetizar que estos actores (empleadores, pacientes u otros profesionales) generen sus propias concepciones respecto de psicólogos y psicólogas, creando sus propias demandas. Se hace urgente mayor comunicación entre los entes de formación y el intersector, para clarificar los diferentes roles. Al día de hoy, las definiciones de formación y las demandas de ejercicio siguen derivas independientes, con modelos de formación que apuntan a educar

profesionales multipropósito, y demandas de ejercicio que exigen competencias puntuales aunque no limitadas a un único ámbito. La delimitación de cuáles son las funciones de psicólogos y psicólogas en APS exige que al menos tres actores se reúnan: los formativos (académicos), los referentes técnicos (que para este caso corresponden al Ministerio de Salud) y quienes son parte de Atención Primaria, no solo psicólogos, sino que todos los actores de salud. Lo contrario, corre el riesgo de repetir las mismas contradicciones que al día de hoy se manifiestan en el ejercicio.

Estas contradicciones ponen en evidencia la necesidad de delimitar cuál es el rol que psicólogos y psicólogas tienen en APS, aun antes de definir qué competencias requiere. Los esfuerzos por definir competencias para el ejercicio en APS, han permitido mayor claridad sobre las inconsistencias y dificultades que contiene, y han permitido delinear un ideal de actuación sobre el cual existe coincidencia: un profesional con capacidad para responder a contextos comunitarios y de grupo, para poner énfasis en la promoción y la prevención, diagnosticar vulnerabilidades a nivel individual, grupal y en la comunidad, trabajar cooperativamente con otros miembros del equipo de salud en aras de generar atenciones integrales, aportar científicamente desde la disciplina, apoyar el desarrollo de instituciones saludables partiendo por su mismo equipo de salud; un profesional con una comprensión amplia del proceso de salud/enfermedad y con dominios específicos en salud mental, que le permitan aportar con experticia en un área pero que no le limiten a ella.

En conclusión, podemos indicar que este estudio delimita una matriz de 74 competencias que son consideradas como pertinentes para el ejercicio de psicólogos y psicólogas en APS. Estas 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.

Finalmente señalar que los resultados aquí reportados adolecen de limitaciones:

Respecto de la técnica del grupo Delphi, por su naturaleza presenta riesgo de “forzar el

acuerdo”, toda vez que los participantes no tienen posibilidad de interpelación inmediata.<sup>30</sup>

Respecto de la encuesta, presenta riesgo de sesgo de autoselección. Si bien fue remitida a 220 psicólogos, solo 101 respondieron y esta respuesta pudo estar afectada por la motivación que los profesionales tuviesen respecto al tema, las facilidades de acceso a la encuesta, etcétera. Además, es limitada la interpretación de los resultados, por una pérdida progresiva y sistemática de respuestas, ya que se evidencia que a medida que se avanza en la encuesta menos participantes responden a los ítems, lo que implica que de los 101 psicólogos encues-

tados que responden las preguntas iniciales, solo 75 lo hacen en los ítems finales, lo cual pudo enmascarar respuestas potencialmente relevantes. No es posible saber con esta información si los ítems no respondidos corresponden a agotamiento producto de la extensión de la encuesta o derivan de rechazo a las respectivas competencias.

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.

## REFERENCIAS

1. Chile. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la implementación del Modelo de Salud Integral y Comunitaria*. Santiago: Ministerio de Salud, 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. *Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-ATA*. Ginebra: OMS, 1978.
3. Organización Panamericana de la Salud. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington D.C.: OPS, 2007.
4. Pastor J. El Psicólogo en Atención Primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del psicólogo*, 2008; 29(3): 271-290.
5. Scharager J, Molina M. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 2007; 22(3): 149-159. Doi: 10.1590/S1020-4989200700080000.
6. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencias. *Rev Panam Salud Pública*, 2005; 18(4): 346-358. Doi: 10.1590/S1020-49892005000900015
7. González M, González I, Vicencio K. Descripción del rol autopercibido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*, 2014; 13(1): 108-120.
8. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud Mental en Atención Primaria en Chile. *Cad Saude Colet*, 2012; 20(4): 440-447. Doi: 10.1590/S1414-462X2012000400006
9. Magaña I, Loubat M. Psicología, salud mental y salud pública: una mirada panorámica histórico crítica. En: Laborda M, Quezada V (editores). *Notas históricas de la psicología en Chile*. Santiago: Editorial Universitaria; 2010, pp. 193-213.
10. Morales F. *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. Primera edición. Sonora: Editorial Unison; 2007.
11. Schade N, Beyebach M, Torres P, González A. Terapia familiar y atención primaria: un caso de Trastorno Somatomorfo. *Ter Psicol*. 2009; 27(2): 239-246 Doi: 10.4067/S0718-48082009000200009
12. Haz A, Díaz D, Raglianti M. Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Ter Psicol*, 2002; 20(1): 23-28.
13. Loubat M, Aburto M, Vega M. Aproximación a la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la región Metropolitana. *Ter Psicol*, 2008; 26(2): 189-197. Doi: 10.4067/S0718-48082008000200005
14. Castro A. Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 2004; 21(2): 117-152.
15. Yáñez-Galecio J. Competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis preliminar. *Ter Psicol*, 2005; 23(2): 85-93.
16. Rial A. Diseño Curricular por competencias: el reto de la evaluación [en línea]. Chile: Universidad de Santiago. 2006 [consultado 12.12.2013]. Disponible en: [http://www.udg.edu/Portals/49/Docencia%202010/Antonio\\_Rial\\_\(text\\_complementario\).pdf](http://www.udg.edu/Portals/49/Docencia%202010/Antonio_Rial_(text_complementario).pdf)
17. Brunner A, Castel J, Cayazzo T, Montero J, Muñoz M, Sáez, M. et al. Enfoque de competencias para la atención primaria de salud chilena. 2007. En: Irrarrazaval I, Puga E, Morandé M, López M (editores). *Camino al Bicentenario: Propuestas para Chile*. Santiago: Ediciones PUC, 2007; pp. 325-348.
18. Brunner A, Castel J, Montero J, Muñoz M, Rojas M, Sáez, A, Scharager J. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en centros de salud familiar. *Rev Méd Chile*, 2009; 137(12): 1561-1568. Doi: 10.4067/S0034-98872009001200003
19. De Gruy F, McDaniel S. An introduction to Primary Care and Psychology. *American Psychologist*, 2014; 69 (4): 325-331. Doi: 10.1037/a0036222
20. McDaniel S, Bennett S, Connolly K, Cubic B, Grub C, Karel M, et al. Competencies for Psychology Practice in Primary Care. *Am Psychol*. 2014; 69(4): 409-429. Doi: 10.1037/a0036072

21. Plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica. Declaración de la Plataforma para el desarrollo de la Psicología Clínica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2011; 32(113): 211-212.
22. Carrobles J. Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behav Psychol*. 2012; 20(2): 449-470.
23. Carvalho J. Formação em Psicologia e cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*. 1999; 17(3): 577-582.
24. Martín L. Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud/enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003; 29(3): 275-281.
25. Moreno E, Moriana J. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en Atención Primaria. *Salud Mental*, 2012; 35(4): 315-328.
26. Piña J, Rivera B. Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 2006; 5(3): 669-679.
27. Fernández J; Pérez M. Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 2008; 29(3): 251-270.
28. Durán L, Hernández M, Becerra J. La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. *Salud Pública Mex*, 1995; 37(5): 462-471.
29. Mizes R. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1990; 38(10-11): 523-539.
30. Cuadra R, Yáñez R. La Técnica Delphi y la Investigación en los Servicios de Salud. 2008. *Cienc Enferm*, 2008; 14(1): 9-15. Doi: 10.4067/S0717-95532008000100002