



**Pontificia Universidad Católica de Valparaíso**  
**Facultad de Filosofía y Educación**  
**Escuela de Psicología**



**PSICÓLOGOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:  
TRABAJO CLÍNICO Y SUS POSIBILIDADES.**

**Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología  
y al título de Psicólogo.**

**Investigación financiada por proyecto FONDECYT N° 1121112.**

**Pablo Esteban Guerra Hernández  
Carolina Paz Peters Cummins**

**Profesora Patrocinante  
Luisa Castaldi**

**2014**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
Estado de la investigación en relación a nuestro problema .....	2
SISTEMA DE OBJETIVOS.....	4
Objetivo General .....	4
Objetivos Específicos.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
Atención Primaria de Salud.....	5
Salud Mental en APS .....	7
Psicología Clínica y APS.....	10
METODOLOGÍA.....	14
ANÁLISIS .....	19
Exigencias del contexto de la APS.....	19
Expectativas en torno al psicólogo de la APS.....	22
Prácticas psicológicas clínicas en la APS .....	24
DISCUSIONES.....	31
CONCLUSIONES.....	36
Dificultades, limitaciones y propuestas de investigación.....	39
REFERENCIAS.....	41

## RESUMEN

En la labor del psicólogo de la APS confluyen diferentes factores que la van modulando: están las directrices oficiales, tanto ministeriales como administrativas, las expectativas de su entorno social, y su propia perspectiva. En este ambiente multifactorial, consideramos relevante estudiar cómo el psicólogo de la APS entiende su quehacer. Por lo cual nuestra investigación se avocó a explorar y analizar las posibilidades clínicas que ofrece la relación entre psicólogos y usuarios en el contexto de la Atención Primaria de Salud, según la visión de los psicólogos. Para esto, adoptamos una metodología de tipo cualitativo, en la cual realizamos entrevistas semi-estructuradas a seis psicólogos pertenecientes a la Atención Primaria de Salud de Valparaíso, Viña del Mar y La Calera. sometimos estas entrevistas a un análisis de contenido, según el cual reorganizamos el material disponible en torno a las intervenciones clínicas, que dicen relación con las exigencias del contexto de la APS, las expectativas en torno al psicólogo de la APS, y las prácticas psicológicas clínicas en la APS. En esta presentación, finalmente discutimos las posiciones encontradas y proponemos claves de lectura posibles.

## INTRODUCCIÓN

Durante el primer semestre del año 2013, ambos investigadores realizamos nuestra práctica profesional de pregrado de Psicología en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Comuna de Valparaíso. Llegamos con conocimientos básicos sobre el contexto donde nos tendríamos que desenvolver, pero con conocimientos más desarrollados sobre teoría tanto clínica como organizacional y educacional. En la práctica aprendimos que, a lo largo de los últimos 15 años, los CESFAM se han ido transformando desde un modelo de atención biomédico, centrado en la enfermedad, hacia uno biopsicosocial, enfocado en un sujeto multidimensional.

Aun cuando según este último modelo, el trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) debería centrarse en lo comunitario, en nuestra práctica también fuimos aprendiendo más sobre el papel del psicólogo en la APS, advirtiendo que la mayor parte del trabajo realizado era de tipo clínico, preferentemente de manera individual. Dada nuestra formación con inclinación hacia el área clínica, dentro de esta tensión es donde nos preguntamos por la labor del psicólogo, que pudimos ver era diferente a lo planteado por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) y por sus programas; y sobre cómo esta tensión podría influir en la orientación de su trabajo y sus posibilidades en este contexto particular.

En esta tensión podemos pensar que confluyen aspectos del psicólogo, tales como su posicionamiento teórico y epistemológico, según los cuales adquiere una comprensión del usuario y sus necesidades. Además se pueden encontrar aspectos del usuario, como las expectativas con las que llega a consultar.

En relación a lo anterior, nuestro problema de investigación abordó las posibilidades clínicas que ofrece la relación entre psicólogos y usuarios en el contexto de la Atención Primaria de Salud, según la visión de los psicólogos.

Al plantearnos esta problemática, surgieron preguntas tales como: ¿Cuál es el trabajo del psicólogo en la APS? ¿Qué elementos influyen en este trabajo? ¿Cuáles serían las características de este trabajo clínico? ¿Cuál es el papel del usuario en el desarrollo de este trabajo clínico? Tomamos la decisión de centrarnos en la visión del psicólogo, no solamente por un tema metodológico, sino que también porque nos interesaba conocer cómo es que éstos vivencian las distintas tensiones y posibilidades que se abren, pues puede ser un futuro campo profesional para nosotros.

### **Estado de la investigación en relación a nuestro problema**

Al examinar la literatura relacionada con el área de nuestro problema, encontramos que los investigadores se han preguntado por la labor del psicólogo en la APS, afirmando que éstos invertirían más de su tiempo de trabajo en la atenciones individuales (Dimenstein, 2001; Scharager & Molina, 2007). Si bien éstas son investigaciones aisladas, y actualmente no se cuenta con más datos al respecto, la inclinación hacia la atención individual como la principal acción que desarrolla el psicólogo en este nivel de atención, sería una situación que debimos tener presente al momento de estudiar las posibilidades clínicas entre el psicólogo y el usuario de la APS.

Los cuestionamientos se han dirigido hacia esta gran presencia de atención individual en un contexto de prevención y promoción. Investigadores en esta área sostienen que habría una falta de contextualización de las prácticas llevadas a cabo por los psicólogos de APS, pues su bagaje teórico y experiencial no estaría relacionado al de las instituciones ni al de sus usuarios (Llano & Valdivia, 2008; Scharager & Molina, 2007), lo cual ocasionaría una ruptura entre las propuestas de los psicólogos y los objetivos de los usuarios (Dimenstein, 2003). Planteándose así una tensión entre referentes teóricos no contextualizados y expectativas, en

cuyo diálogo cotidiano pretendimos estudiar las posibilidades clínicas del trabajo del psicólogo de la APS.

Otra posible explicación que encontramos a la alta presencia de atención individual en APS, estaría en la concepción individualista con la que se han tomado en Latinoamérica los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la APS (Bang, 2014). Presentándose entonces una necesidad de replantear las prácticas psicológicas en Salud Pública, de manera que resulten adecuadas a la población que atiende en lo particular (Vergara, 2011). Es así como nos cuestionamos las posibilidades clínicas que presentan los casos estudiados para responder a las variadas demandas del contexto de la APS.

Considerando los límites de esta revisión sobre las investigaciones relacionadas a nuestro problema, podemos plantear que parte de la relevancia de nuestro trabajo estuvo en preguntarnos por las características clínicas de la labor que el psicólogo lleva a cabo en APS. Pues la perspectiva del psicólogo sobre su propia labor y la forma en que orienta su trabajo clínico no sería un tema recurrente.

## **SISTEMA DE OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Explorar y analizar las posibilidades clínicas que ofrece la relación entre psicólogos y usuarios en el contexto de la Atención Primaria de Salud, según la visión de los psicólogos.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Conocer el relato que hacen los psicólogos del contexto de su labor clínica en la Atención Primaria de Salud.
  
- 2) Identificar la perspectiva de trabajo clínico que el psicólogo podría aportar a la relación con el usuario de Atención Primaria en Salud.
  
- 3) Identificar las prácticas clínicas que el psicólogo dice realizar en relación al usuario de Atención Primaria en Salud.

## MARCO TEÓRICO

Como forma de introducirnos en el problema de estudio, consideramos importante manejar ciertos conceptos que nos ayudaran a entender y movernos con mayor soltura dentro del contexto donde se desarrolla el trabajo clínico del psicólogo. Al presentar estos conceptos, comenzaremos hablando acerca de la APS, para luego tomar la Salud Mental en este ambiente, y finalizaremos exponiendo qué entendimos por Psicología Clínica durante nuestra investigación.

### **Atención Primaria de Salud**

Nos acercamos la APS entendiéndola dentro del marco de la salud pública, la cual está destinada “mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria” (OMS, 1998, p.12). La APS en Chile está a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Representación de OPS/OMS en Chile, 2011), dentro de un modelo que se divide en distintos niveles de atención según la complejidad de las prestaciones, costos y recursos. Existen tres niveles organizados en una estructura piramidal, donde se espera que la mayoría de los usuarios de salud accedan al nivel primario para ser atendidos, y derivados por medio de una interconsulta al nivel secundario o terciario según la especialidad de la intervención requerida, dada la evaluación de los profesionales de salud. Es decir, hablamos de una estructura donde, a mayor nivel en el sistema, habría mayor especialidad y menor cobertura (Díaz & Miranda, 2007).

Tomando en cuenta que la promotora oficial de la implementación y desarrollo de la APS es la OMS (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2008), presentamos la definición que hace esta organización sobre el nivel



primario, como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” (OMS, sección Atención Primaria, párr.1). El organismo establece también que este nivel debería ocuparse de “la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas.” (OMS, 1998, p.12-13). A pesar de esta organización de los niveles de salud en Chile, donde supuestamente a mayor complejidad del caso, mayor nivel de atención, podemos decir que el nivel primario de salud concentraría la complejidad socio-sanitaria, pues es donde correspondería establecer la pertinencia, la oportunidad y el tipo de intervención, o derivación, de la heterogeneidad de casos que se presentan con problemas tanto biológicos, psicológicos o sociales. (MINSAL, 2007)

Dentro de los establecimientos del nivel de atención primaria existen los siguientes:

- Postas de Salud Rurales
- Consultorios Generales Urbanos
- Consultorios Generales Rurales
- Consultorios Adosados de Atención Primaria
- Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- Consultorios de Salud Mental (COSAM)
- Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)
- Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

(Cifuentes, 2012)

Actualmente, los consultorios generales urbanos y rurales dependen administrativa y financieramente de las respectivas Municipalidades –a excepción

de los consultorios adosados y los consultorios de especialidades-, pero en su aspecto técnico depende del Ministerio de Salud (MINSAL) (Cifuentes, 2012). Como parte de una reforma al Sistema de Salud Sanitario (MINSAL, 2008b; Scharager & Molina, 2007), los consultorios se han ido transformando paulatinamente en CESFAM, los cuales están caracterizados por tener equipos de cabecera trabajando de forma sectorizada, además de contar con una atención apoyada en guías y protocolos (Cifuentes, 2012). La autora comenta que, mediante el trabajo multidisciplinario, estos equipos deben buscar resultados sanitarios, establecidos como metas de salud o “declaraciones generales de intenciones y aspiraciones” (OMS, 1998, p.20) que cuentan con indicadores cuantitativos para medir el grado de avance en su cumplimiento (MINSAL, 2009)

Este cambio a un Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MINSAL, 2008b) implica distintas transformaciones, tanto en la forma de pensar el proceso de salud-enfermedad, en la forma de relacionarse y en la forma de ejercer la práctica de la salud, desde el personal hacia los pacientes, por lo que Cifuentes (2012) comenta que “serán los equipos de salud, en su práctica diaria, en el contacto con personas, familias y comunidad, los que transformarán progresivamente las formas de aproximarse a las diversas necesidades de salud.” (p.26). Este proceso implica afrontar los problemas sanitarios en términos biopsicosociales, con principal foco en la familia, abandonando así el anterior modelo biomédico (MINSAL, 2008a; Scharager & Molina, 2007).

## **Salud Mental en APS**

De la mano de esta transformación de modelos (MINSAL, 2008a), en el área de salud mental de APS son incorporados los profesionales psicólogos a la dotación de personal, aumento gradual según el cual se fueron redefiniendo expectativas y prescripciones de su ejercicio profesional (Scharager & Molina,

2007). Esta inclusión es presentada como relevante ya que la atención psicosocial debiera estar tan cerca como sea posible al espacio social donde se produce la demanda (Pérez & Fernández, 2008), considerando esta situación como un factor protector de la salud mental (MINSAL, 2001).

La salud mental es definida por la OMS (sección Salud Mental, párr.1) como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (p.s/n). Tomamos en cuenta esta definición ya que no solamente considera la ausencia de patologías mentales, sino que además considera un sujeto que aporta a la economía y a la sociedad. Siendo así, el tratamiento de la salud mental debería considerar estos ámbitos.

Esta última premisa es estimada por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP), al percibir a un sujeto multidimensional y colocar la responsabilidad de su salud mental no solamente en éste, sino que también en los profesionales relacionados y en la comunidad donde este sujeto se desarrolla. Creemos relevante hablar sobre el PNSMP, pues regula las consideraciones y acciones en torno a la Salud Mental en la APS, apareciendo como uno de los factores que modula el desarrollo de la labor del psicólogo en este ambiente. El PNSMP adopta el enfoque comunitario como “el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico.” (Minoletti & Zaccaria, 2005, p.348), estableciendo así la creación de servicios de salud mental y psiquiatría en redes interdisciplinarias, esperando la participación del usuario, los familiares y las organizaciones locales (Minoletti & Zaccaria, 2005).

Este plan presenta un programa de actividades para realizar en los distintos establecimientos, en forma de “una respuesta a todas las necesidades que tiene la población en salud mental,” (MINSAL, 2001, p.s/n). Sin embargo, a modo de orientación, define prioridades sobre la base de los siguientes criterios: magnitud

del problema, epidemiología, impacto social, costo económico, eficacia de intervenciones, y disponibilidad y capacidad de recursos humanos. En una primera etapa de aplicación del plan (2000-2010), las prioridades programáticas eran (Minoletti & Zaccaria, 2005):

- Promoción de Salud Mental y Prevención de Riesgos
- Trastornos Mentales Asociados a la Violencia: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y Represión Política 1973-1990.
- Trastornos de Hiperactividad / de la Atención en niños y adolescentes en edad escolar
- Depresión
- Trastornos Psiquiátricos Severos – Esquizofrenia
- Alzheimer y otras Demencias.
- Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas

En relación al nivel primario de resolución, el programa propone (MINSAL, 2001):

1. Actividades para la articulación entre el nivel primario y secundario.
2. Actividades para la Promoción de Factores Protectores de la Salud Mental en la población general.
3. Actividades para la Prevención.
4. Actividades para el Tratamiento / Recuperación y Rehabilitación.

En base al organismo gubernamental, estas actividades pueden significar distintos tipos de prestaciones, que son llevadas a cabo por tres tipos de actores distinguidos en el PNSMP: por un lado, están los médicos; por otro lado, se habla de *otros profesionales*, grupo donde están considerados los psicólogos, junto a los técnicos de nivel superior, técnicos de Salud y/o auxiliares de servicios de salud; y finalmente, el equipo de salud general, donde se especifica entre paréntesis la inclusión del psicólogo.

Entre las prestaciones de APS en las cuales el PNSMP incluye a los psicólogos, según la institución citada se encuentran: consulta de salud mental; visita de salud mental; intervención / actividad comunitaria; consultoría de salud mental; intervención psicosocial grupal; enlace de salud mental; y psicoterapia grupal. Sobre estas actividades, diremos que la presencia del psicólogo es transversal a todas ellas, siendo la psicoterapia grupal la única actividad establecida por el documento del MINSAL para ser realizada exclusivamente por el psicólogo. Dentro de las actividades atribuidas al psicólogo de APS, unas tienen un énfasis más bien comunitario, algunas tienen acento más bien clínico, y en otras se requiere preparación en ambas áreas. Debido al carácter clínico de nuestra investigación, nos enfocamos en las actividades de este tipo realizadas en la APS, para las cuales el psicólogo podría valerse de sus conocimientos asociados a la Psicología Clínica.

## **Psicología Clínica y APS**

De acuerdo al PNSMP del MINSAL, el trabajo del psicólogo en la APS se concentra en acciones relacionadas a la evaluación y diagnóstico, el incremento de habilidades personales y sociales, la psicoeducación y el fomento de redes sociales. Observamos una mirada psicosocial de este tipo de acciones, en que lo psicológico está dado por desarrollo ya sea cognitivo o conductual del usuario, y lo social está en la formación y potenciación de las redes de éste.

Relacionamos estas acciones psicológicas descritas por el PNSMP al concepto de Psicología Clínica que manejamos durante esta investigación, según el cual ésta sería “un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos.” (Buela-Casal & Carrobes en Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996, p.4). Este modelo ha sido

criticado bajo la justificación de que muchos de los problemas con los que los psicólogos clínicos se encuentran en su práctica, podrían considerarse como *problemas de la vida* más que una enfermedad mental (Mackay, 1975 citado en Taylor et al., 1986). Esta crítica cobra sentido para nosotros dentro de la definición de Salud Mental que escogimos para trabajar, según la cual sería tan importante la ausencia de enfermedad como el bienestar del sujeto.

Considerando estas acciones y la resolutiveidad de la APS, podemos decir que el desarrollo de la Psicología Clínica en este contexto está diseñado para una atención puntual y acotada en el tiempo, sea individual o grupal, pues debería resolverse rápidamente con la prestación o con una derivación al nivel secundario, en los casos de trastornos psicológicos graves.

Estas acciones de atención clínica psicológica comparten ciertos elementos que influyen en el desarrollo de la técnica escogida por el profesional, los cuales creemos importante nombrar para dar un marco de comprensión al quehacer del psicólogo en la APS y a la relación que se genera con el usuario. Uno de estos elementos es el motivo de consulta, razón aparente por la que el usuario llega a consultar, o en palabras de Martínez (2006), " la causa que ha estimulado al paciente a solicitar la visita" (p.54). El segundo elemento que destacamos es el establecimiento del encuadre, cuya base es darle a entender al usuario que hay un marco estable, en el cual sienta la confianza de hablar sobre la razón que lo llevó a consultar, estructurando y dando un sentido de confiabilidad tanto al proceso como al psicólogo, que serían fundamentales para el logro de sus propósitos (Alarcón, 2008).

El último elemento a tener en cuenta sería la relación terapéutica, que comienza con el trabajo entre el psicólogo y el usuario. Esta relación emerge como un nuevo espacio social de interacción, un nuevo contexto en el que ocurren o se pueden generar los cambios psicológicos del usuario (Fernández, 1992; Krause, 2005), y donde tanto las conductas del terapeuta como las del usuario se

influyen mutuamente (Ceberio & Linares, 2006). En este plano, Krause (2005) define tres características básicas de la relación terapéutica: su asimetría estructural, construida por la aceptación de una necesidad de ayuda por parte del usuario y la visión del otro como experto; la confianza hacia el terapeuta; y la autopercepción crítica, planteada como una exigencia hacia el consultante por parte del contexto terapéutico. Es en esta relación terapéutica donde creemos que cobra relevancia el papel de los usuarios de la APS en el desarrollo del trabajo clínico del psicólogo, pues la estamos entendiendo como una construcción entre los actores participantes, donde no solamente confluyen sus conductas, sino que también sus expectativas y conocimientos previos.

El conocimiento de estos tres elementos de la Psicología Clínica presentados, y de muchos otros relacionados, tendría su origen en la formación académica universitaria de los psicólogos, como plantea Dimenstein (2003). Varios autores proponen que esta formación estaría desconectada de la labor realizada en la APS (Londoño, Valencia & Vinaccia, 2006; Scharager & Molina, 2007), comentando que, si bien los profesionales pueden llegar a conocer extensamente sobre diversas teorías y corrientes clínicas, no adquirirían los conocimientos necesarios, en cuanto al contexto y las exigencias propias del medio, teniendo que aprender sobre la marcha todo lo relacionado con el nuevo rol que le tocaría cumplir. Es decir, al entrar en la APS, la formación del psicólogo podría responder a las actividades clínicas mencionadas anteriormente, pero no contaría con las competencias necesarias en relación a Salud Familiar, las exigencias de los protocolos e instrumentos administrativos, el uso eficiente de recursos, o el conocimiento de los determinantes sociales, elementos considerados relevantes por el MINSAL (2008a) para el trabajo en la APS.

Al respecto, Dimenstein (2003) comenta que esta desconexión entre conocimientos y contexto podría incidir en la relación del psicólogo con el usuario, considerando que algunas características de la formación profesional producen una manera determinada de ver y pensar, organizar y representar. Es así como

trasladarían sus técnicas y teorías psicológicas a la atención de los usuarios de la APS, partiendo “del supuesto de que esta población comparte la misma visión del mundo, las mismas representaciones (...) y el mismo modelo de subjetividad que brindan sustento a sus formas de actuación.” (p. 343). Esta manera de ver la subjetividad como la reproducción de un modelo teórico, no admitiría la posibilidad de entender al usuario desde el contexto donde éste se desarrolla, situación que incidiría en la relación que se podría establecer entre el psicólogo y el usuario de la APS.

A manera de cierre, queremos decir que, tratando de ir desde lo más general a lo más específico en relación a nuestro problema, este marco teórico ha tenido el propósito de presentar los conceptos y elementos que dieron base a nuestro cuestionamiento sobre el trabajo clínico del psicólogo en la APS, a la vez que sirvieron como un primer marco de lectura a la información que recolectamos en el campo de trabajo.



## METODOLOGÍA

Considerando que nuestra intención era explorar y analizar, desde la subjetividad de los psicólogos, las posibilidades de su trabajo clínico con el usuario de la APS, es que elegimos enmarcar la investigación en el paradigma cualitativo, el cual se centra en comprender la realidad a partir del sentir y la lógica de sus protagonistas (Pérez, 2001a citado en Quintana, 2006). Este paradigma considera los planos sociocultural y personal-vivencial como aquellos donde se va construyendo lo subjetivo e intersubjetivo (Quintana, 2006), por lo que fundamenta la producción de conocimiento:

en contacto directo con los sujetos investigados y con los escenarios en los cuales tiene lugar la producción de significados sociales, culturales y personales para poder descubrir o reconocer: los conflictos y fracturas, las divergencias y consensos, las regularidades e irregularidades, y las diferencias y homogeneidades, que caracterizan la dinámica subyacente al objeto de investigación. (p.50)

Esta manera de acercarse al problema de investigación permeó todo el proceso, en una relación donde las técnicas utilizadas y los principios orientadores imprimieron un sello particular a cada fase del mismo (Ruiz-Olabuénaga e Ispizua, 1989 citado en Valles, 1999), manteniendo el carácter emergente de la investigación cualitativa en su desarrollo, mediante la toma de decisiones a lo largo de éste a medida que fueron apareciendo nuevos cuestionamientos y posibilidades (Valles, 1999).

Una de las primeras decisiones metodológicas que tomamos fue la elección de la muestra, para la que, teniendo en cuenta el problema de investigación, escogimos a psicólogos que trabajasen en la APS. Cabe mencionar que elegimos trabajar solamente la visión de los psicólogos, pues el trabajo con usuarios implicaba una complicación adicional a la investigación, referida al acercamiento a este grupo. Pues, por un lado, hubiese significado tener la autorización del Comité de Ética del consultorio correspondiente, según es planteado por la Ley N°20.584

(2012). Y por otro lado, una selección de muestra y una indagación de información que fuesen rigurosas y de aporte al estudio, hubiesen significado invertir más tiempo del que teníamos predispuesto para la realización de esta investigación.

En cuanto a la muestra de psicólogos, el objetivo de ésta no fue representar estadísticamente a la población de psicólogos, sino que fueron elegidos en cuanto eran representantes del tema a estudiar; más que considerar sus características personales, fue el rol que desempeñan el significativo para su elección (Íñiguez & Antaki, 1994). Es por esta selección conducida según la necesidad de conocer los diferentes aspectos del problema, en diferentes momentos, lugares y con diferentes personas, que se utilizó un muestreo de tipo teórico (Miles & Huberman, 1994 citado en Valles, 1999).

Fue así como seleccionamos seis profesionales, contactados en la Quinta Región mediante redes personales y por la técnica de bola de nieve (Valles, 1999), que contaran con un período mínimo de dos años de ejercicio, esperando que tuvieran la experiencia suficiente en el contexto de salud primaria. Sin embargo, a medida que avanzaba la etapa de producción de datos, nos dimos cuenta que, en la muestra seleccionada, el promedio de tiempo trabajando en la APS era de ocho años, con un mínimo de cuatro y un máximo de 15. La diversidad de la muestra se fue enriqueciendo al considerar las diferencias de género, pues entrevistamos a dos hombres y cuatro mujeres, situación que podría condecirse con la realidad de una mayoría femenina trabajando como psicólogas en esta región. Otra característica que añadió variabilidad a la muestra estuvo relacionada con la diferencia en cuanto a estudios, pues todos admitieron haber llevado a cabo un posgrado, pero sólo dos estaban acreditados clínicamente. Después, acordamos considerar la diferencia de los lugares de trabajo, centros de atención primaria de salud con distinta ubicación, tamaño y dependencia. Es así como entrevistamos a un psicólogo que trabaja en La Calera para el Servicio de Salud de Viña del Mar y Quillota (SSVQ), a un psicólogo que trabaja para la Corporación Municipal de Viña del Mar (CMVM), y a cuatro psicólogos que trabajan para la

Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL). Una característica más que aportó a la variabilidad de la muestra fue la diferencia en cuanto al tiempo de trabajo semanal, pues dos de ellos trabajan media jornada en el consultorio, y cuatro trabajan la jornada completa.

Estas variables, que ayudaron para que la muestra cumpliera con criterios de variación y tipicidad (Valles, 1999), junto a otras consideradas a posteriori, resultaron en un aporte a la investigación ya que, desde esta heterogeneidad, los psicólogos dieron diferentes matices a la información entregada. Aun así, debemos comentar que la información comenzó a saturarse (Quintana, 2006) a partir de la quinta entrevista, pues aunque pudieron aparecer elementos novedosos en las respuestas siguientes, había una importante cantidad de información que era compartida con las entrevistas anteriores.

Como hemos dejado entrever a lo largo de la presentación, la técnica que elegimos para la recolección de la información necesaria a nuestros objetivos fue la entrevista, más específicamente, la semi-estructurada. Nos guiamos por una secuencia de temas y preguntas básicas a explorar (CD: Anexo 1a), pero a modo de sugerencia, pues ni la redacción fue exacta ni el orden estuvo predeterminado (Erlandson, 1993 citado en Valles, 1999), permitiendo el libre desarrollo de las respuestas según la situación de los entrevistados (Alvarez-Goyou, 2003). En cuanto al manejo de la información recabada, es relevante mencionar que, antes de realizar cada entrevista, entregamos para su firma un consentimiento informado a cada psicólogo (CD: Anexo 2a), donde se le exponían los objetivos de la investigación y se aceptaba tanto la grabación del audio de la conversación como el anonimato de los datos, para su posterior análisis. Fueron firmadas dos copias por cada entrevista, de las cuales una quedó en poder del entrevistado y otra en nuestro poder (CD: Anexo 2).

Otra técnica que utilizamos, fue realizar un registro personal de observaciones (CD: Anexo 3), tanto en el contenido como en la forma de las

entrevistas, el cual fue transcrito y revisado en conjunto luego de cada una de éstas. Llevamos a cabo estas observaciones con la finalidad de retroalimentar nuestra técnica de entrevista, provocando modificaciones en la manera de realizarla e introduciendo en la pauta nuevas temáticas a tratar con los psicólogos (CD: Anexo 1b), aprovechando la flexibilidad (Valles, 1999) que provee la investigación de tipo cualitativa para ir modificándose a lo largo de su desarrollo. Durante este trabajo pudimos comenzar a revisar preliminarmente algunos de los temas que luego fueron parte del análisis de la investigación. O sea, si bien después sobrevino el análisis formal de los datos, concordamos con el autor citado al mencionar que

cualquiera de las convencionales fases del proceso investigador puede conceptuarse como analítica, pues ya desde el comienzo de la llamada *formulación del problema* que se estudia el investigador va diseccionando el fenómeno en cuestión. Y la tarea de plantear y resolver interrogantes no cesa hasta la presentación de los resultados de la indagación. (p. 339-340)

Es así como desde la definición misma del tema y sus objetivos surgieron elementos que fueron materia de discusión y guiaron ciertas lecturas, apareciendo reflexiones de modo preliminar que más tarde fueron retomadas a la luz del proceso vivido, pudiendo ser desechadas o enriquecidas.

En relación a la elección de la técnica para la etapa de análisis, escogimos el análisis de contenido categorial temático (Vázquez, 1994). La utilidad de este tipo de análisis cualitativo para nuestra investigación reside en la posibilidad de recopilar, comparar y clasificar la información disponible, estableciendo esquemas para la comprensión de su sentido y significado, en lugar de simplemente reducirla y simplificarla (Ruiz, 2006). Consideramos esta técnica como la más idónea en relación a nuestros objetivos investigativos, pues centramos nuestra atención en el contenido que nos aportaría el instrumento de la entrevista, permitiendo inferencias e interpretaciones fundadas en la información entregada por los entrevistados (Vázquez, 1994).

Al comenzar este tipo de análisis, etiquetamos los contenidos de las entrevistas transcritas según el tema que trataban y, siguiendo al autor, los juntamos dadas su semejanza o diferencia en códigos. Luego los reunimos en subcategorías según trataban de temas afines, que después agrupamos de forma relacional (Quintana, 2006) en tres categorías. Dos de ellas, *Desarrollo profesional del psicólogo APS* y *Contextos de la psicología clínica*, refieren a tópicos más bien contextuales y tangenciales a nuestros objetivos de investigación, por lo que mayormente no fueron considerados en la etapa final. En cambio, la categoría *Intervenciones clínicas en la APS* (CD: Anexo 5), que reúne la mayoría del material disponible, sí fue elemento de interpretación, pues presenta el trabajo clínico del psicólogo en la APS. Luego de la fase analítica de reorganización realizamos la fase interpretativa, consistente en hacer conexiones entre los distintos niveles de análisis, así como inferencias que sobrepasen la mera información obtenida y la doten de un nuevo sentido (Ruiz, 2006; Vázquez, 1994). Destacamos que, aun cuando hubo una cierta sucesión de las fases, también fue un proceso recursivo (Vázquez, 1994), pues continuamente volvíamos a revisar los objetivos de la investigación, así como los hallazgos y las interpretaciones que éstas sugerían.

## ANÁLISIS

Siguiendo los objetivos de nuestra investigación, del árbol categorial analizamos e interpretamos los temas más relacionados con éstas directrices, reconociendo que el resto de los temas aparecidos fueron más bien contextuales o tangenciales al problema de investigación. Al citar a los psicólogos, se les denomina P1, P2, P3, P4, P5, P6, según el orden en que fueron entrevistados (CD: Anexo 4), y se denomina E1 y E2 a los entrevistadores.

Por medio del análisis categorial (CD: Anexo 5), quisimos mostrar cómo se va construyendo lo clínico según los psicólogos de APS. Al preguntarnos por la causa y la forma de este tipo de intervenciones, observamos tres factores: las exigencias del contexto; las expectativas de los mismos psicólogos, funcionarios y usuarios de la APS; y las prácticas del psicólogo.

### **Exigencias del contexto de la APS**

Al hablar del contexto en el que trabajan, los psicólogos se refirieron al carácter biopsicosocial de la institución en que están inmersos. Según este modelo, deberían priorizar el trabajo comunitario de tipo promocional y preventivo, pero sienten moverse en un ambiente contradictorio:

(...) un sistema que te dice "hágalo" pero a la, a la vez te...no te da ni los recursos, ni los tiempos, ¿te fijai?, entonces es complicado, porque hay un...una contradicción...fundamental en el tema de...de qué se hace y qué no se hace...qué es correcto, entre paréntesis, qué no es correcto hacer. (P4, p.38)

Un elemento que alimenta esta contradicción, según los psicólogos, es el hecho de que las metas sanitarias del Programa de Salud Mental de la APS están orientadas al trabajo clínico:

(...) las metas están puestas en la cantidad de pacientes que ingresan a, a tratamiento. Entonces tenemos que cumplir metas. Y como las metas están asociadas a dinero, y, para eso, los directores, y los jefes dicen que tenemos que llegar, a la meta...la gran mayoría de los esfuerzos se enfocan a, atender pacientes. A llamar gente. Entonces, cuando salimos a la comunidad, la lógica es: captar gente que, in, ingrese al programa. Entonces, bajo esa lógica, se priorizan mucho lo que es la atención individual por sobre las actividades más de tipo, eh...comunitarias, más sociales. (P6, p.3)

Por lo cual, podríamos decir que existe una presión en el contexto de trabajo que guía su labor en APS hacia la atención clínica, y más específicamente de tipo individual, por sobre otros tipos de acciones posibles.

Otra situación contextual que nos hizo pensar que el trabajo del psicólogo de APS se orienta hacia lo clínico, fue el hecho de que solamente hayan identificado un espacio de supervisión o asesoría clínica, que serían las consultorías de salud mental, pero no así la existencia de asesoría para otro tipo de intervenciones. Esta consultoría fue descrita por los psicólogos como un momento de coordinación entre el nivel primario y el secundario, con apoyo farmacológico y oportunidad de derivación de casos complejos. Entonces, no solamente los recursos económicos apoyarían el trabajo clínico, sino que también los recursos humanos con los que pueden contar los psicólogos de la APS para realizar sus labores.

Además, hay elementos del contexto que van moldeando el tipo de trabajo clínico que el psicólogo puede realizar. Estos elementos nombrados por los psicólogos fueron principalmente el espacio físico de trabajo y el tiempo disponible para la atención. En cuanto al primero, cabe destacar que todas las entrevistas, a propuesta de los psicólogos, fueron realizadas en sus box de atención durante su horario de trabajo, lo que podríamos ver como una asociación entre su trabajo en la APS y este espacio, condicionando su labor a lo que pudiese suceder en el box. Éste sería descrito como una limitante de las posibilidades clínicas de su trabajo, reduciéndolo a la técnica individual de atención: "El modelo siempre suele ser más

individual, más aun cuando los box de atención son la mitad de éste (*indicando el espacio*). (...) Entonces no podía meter a una familia. Los metía igual, pero...estábamos todo incómodos, pero...entraban igual.” (P6, p.19).

El tiempo también orientaría el trabajo clínico que es llevado a cabo en este espacio. Esta influencia depende de cómo el psicólogo valore el tiempo que tiene disponible, ya que según la administración, algunos psicólogos cuentan con media hora de atención por usuario una vez al mes, y otros cuentan con 45 minutos cada dos semanas. Los que cuentan con menos tiempo, refirieron que éste influye en las posibilidades de trabajo que se pueden realizar:

(...) siempre les digo que la salvedad es que usted llega tarde, yo lo voy a atender, pero lamentablemente va a ser un ponernos al día de cómo ha estado, pero un trabajo yo no lo puedo realizar porque en 20 minutos, en 15 minutos no es mucho lo que uno puede hacer. (P2, p.20)

E1: Y esa directividad, ¿por qué será necesaria...en el caso acá de...de APS?

P5: Puede ser... no. Yo creo que simplemente por la falta de tiempo. Porque, el trabajo acá es mucho más cognitivo conductual.

E2: O sea sería una característica, de este espacio, digamos, de la atención primaria.

P5: Sí. (...) En otro [contexto], tú realmente ves...o sea, en otro puedes conversar mucho más, entonces puedes llegar a ciertas conclusiones respecto a lo que la persona quiere. Pero acá igual, reconozco que aquí uno hace más de...experto. Entre comillas. (*Riendo*) (P5, p.10-11)

Encontramos dos casos en los que el tiempo y frecuencia de atención son negociados por los psicólogos con la dirección correspondiente para poder aumentarlos respectivamente, pues en palabras de uno de ellos, 45 minutos es el “el mínimo requerido para que una persona tenga un buen tiempo de calidad” (P6, p.22).



## Expectativas en torno al psicólogo de la APS

El trabajo de los psicólogos en la APS también estaría influenciado por las expectativas que tanto el psicólogo como funcionarios y usuarios, tienen sobre su labor, generalmente referidos a una atención clínica de tipo individual. En el caso de los psicólogos, incluso algunos comentaron que, al llegar a la APS, tenían la expectativa de que la base de su trabajo iba a ser de este tipo:

porque de partida uno entra pensando que uno sólo va a ser psicólogo y la verdad es que además te van a pedir hacer talleres, trabajar en otros temas, ahí uno se amplía mucho en el aspecto...en lo comunitario, en lo promocional y ahí uno muchas veces no lo tiene tan incorporado, uno tiene la imagen de psicólogo que vas a estar en un box, atendiendo gente (P4, p.3)

De esta cita creemos interesante destacar que el entrevistado asocia el concepto de *psicólogo* al trabajo en el box de atención, hablando del trabajo comunitario y la promoción como algo que se puede anexar a este concepto pero que no es parte del mismo.

Aun cuando el psicólogo de la APS podría adecuar sus expectativas en el ejercicio de su trabajo, se encontraría con otras expectativas ajenas a la suya. Además de que los directores esperaren que el psicólogo haga ingresos individuales, el resto de los funcionarios también tendría una expectativa de este profesional como psicólogo circunscrito al box de atención:

(...) El hecho de estar a cargo de promoción y de, de adolescentes me ha permitido...estar, fuera [del box de atención]. Eh...el tema es que también de repente se ve mal po. Cuando uno se, llega, marca a las ocho y a las ocho y media te vai a un colegio es como...eh, en general no está bien, valorado el hecho que uno esté fuera del consultorio.

E2: ¿Por tus pares?, o por...los usuarios...

P4: Por los pares, por los jefes...no, no sé si los usuarios cachan mucho, pero, pero en general uno debería decir "oye, ojalá que el psicólogo no esté nunca en el box".

Ése es un buen psicólogo. Pero en general, te evalúan, contrario po: “no po, usted tiene que estar ahí, ése es su espacio de trabajo. (P4, p.37)

Podríamos decir entonces que, entre los compañeros de trabajo de los psicólogos de la APS, hay una expectativa sobre el trabajo de éste desde la cual se lo juzgaría. Situación que podría hacer referencia a una poca claridad general en cuanto a las labores del psicólogo en la APS, pues, aunque protocolarmente no estarían necesariamente determinadas sólo por el trabajo en un box, sería en ese lugar donde se espera su desempeño.

Los psicólogos asociarían a los usuarios de la APS un tercer grupo de expectativas, según las cuales éstos tendrían más bien una demanda por el uso de la técnica individual de atención clínica. Los psicólogos consideraron que la población no se siente atraída por los trabajos en grupo y es difícil convocarlos, pues los usuarios no se sentirían cómodos hablando de sus temas personales ante gente que vive en su entorno:

Porque, hay muchas aprensiones de la gente, respecto de co, de comentar sus temas, eh...privados, o más íntimos, con, personas que...que pueden ver todos los días en, en...en su barrio, o que...o, que simplemente no par, no, no son de su círculo más cercano. Entonces, no...como que hay, hay...esa aprensión y esa desconfianza inicial... Pero...en la medida que, se dan la oportunidad de participar, ven que, que no, no es una amenaza, porque uno le, les plantea que ellos no, no necesitan conversar...eh, de, eh, de sus propios temas tan así, a fondo...sino que, más, el compartir en esta instancia del, (*sonriendo*) aquí y ahora, digamos, pero, pero...en un principio, sí, cuesta mucho que ellos, quieran participar, porque, “¡ay!, va, van a, andar en boca de todos, mis problemas, y...cómo yo me aseguro de que no, no se divulguen...cosas que yo he contado, o si hablé mal (*risas*) de, de mi marido, o de, algún vecino, y, y (...) (P3, p.8-9)

Frente a esta situación, los psicólogos responden privilegiando la atención individual por sobre la realización de talleres grupales, aun cuando algunos profesionales refirieron ventajas en la realización de talleres en cuanto a recursos invertidos, adherencia de los usuarios, resultados obtenidos y su permanencia.

Los psicólogos agregan que el usuario de la APS, dentro de esta atención individual, esperaría que el profesional tomase una posición directiva en cuanto a su demanda. Una de las psicólogas comenta que “La mayoría espera que tú, como que les...*(riendo)* le des la recetita mágica, pa salir solos de sus temas.” (P3, p.11-12). Mientras otra entrevistada añade que los usuarios asisten a consulta porque “quieren...escuchar, un consejo, casi siempre, se ve, así como...eso de la psicóloga, se, por lo menos, lo que he escuchado, como: ‘quería ver qué me decía usted’...más que que los escuchen.” (P5, p.9-10). Estas expectativas refieren a la disposición del otro a trabajar en la relación y, sean consideradas o no por el psicólogo, terminan influyendo en el tipo de atención clínica generada.

### **Prácticas psicológicas clínicas en la APS**

Estas intervenciones clínicas que realizan los psicólogos de la APS se construirían desde su práctica, que, como ellos comentaron, estaría más orientada a la atención de tipo individual, con excepciones de atención grupal. Pudimos observar dos elementos que modulan principalmente este trabajo: el motivo por el cual el usuario consulta, y la relación que se puede generar entre éste y el psicólogo.

La presencia de este motivo de consulta sería relevante para los psicólogos, pues permite definir el tipo de atención que pueden brindar a los usuarios:

Bueno, obviamente ver, si la persona tiene un motivo de consulta que no tiene nada que ver con un factor estresante ambiental, que es modificable, sino que tiene que ver con, con temas mucho más profundos, y quizás, mucho más anteriores, al momento actual. O...temas que se van, reactivando, en distintos momentos o

procesos del, del sujeto...crisis que no son, crisis normativas que no son capaces de afrontar...cosas así. (P2, p.9)

Existirían casos en que los usuarios, para cumplir con el flujograma del programa y poder recibir sus medicamentos, deben “pasar por la psicóloga” (P5, p.9), presentando un motivo de consulta que no sería abordable por los psicólogos, situación que sería vista como una dificultad. Creemos que para los profesionales, según ellos mismos relataron, sin un motivo por parte del usuario, se dificultaría la posibilidad de direccionar un trabajo posible, lo que podríamos relacionar a la afirmación realizada anteriormente de que el psicólogo de la APS espera llevar a cabo un trabajo con una finalidad clínica.

En cuanto a la relación con el usuario en las intervenciones clínicas, ésta dependería del posicionamiento que el psicólogo haga de los actores. Al hablar del usuario con los psicólogos, pudimos observar un distinto posicionamiento éste, pues aunque los profesionales generalmente lo refirieron como *paciente*, al preguntárseles sobre este concepto dijeron preferir usar otros, como *sujeto*, *persona*, o simplemente *usuario*. Los psicólogos reconocieron que la denominación influye en la relación que entablan con el otro, según las implicancias de cada palabra:

yo por lo menos voy oscilando, de repente se me sale el tema de los pacientes, se me sale toda mi cosa medio así como de crearme experta y la mayor parte de las veces creo que trato de ocupar [*el término persona*] justamente para que la persona se sienta persona, se sienta súper digna (P5, p.23)

Los psicólogos tomarían un rol más directivo en la relación cuando sienten que se enfrentan a un usuario carente en aspectos sociales y educacionales, sin los recursos necesarios para resolver sus propios problemas:

aquí hay, hay...mucha diversidad de, nivel...intelectual, por ejemplo, de nivel...eh...de capacidad de, de, de insight, entonces no...no todos podemos trabajarlos como...hay que, hay, casos que hay que ser mucho más directivo y ser como, bien, paternalista...y en otros, sí, hay, hay, como, que, tú notas que la persona es capaz de trabajar en sí misma, y que sí, le puedes, hace, ir haciendo un,

una psicoterapia. Pero...mm...son, yo diría que...son, muchos menos, los que se trabajan en psicoterapia. Porque...es...es, difícil...eh, que el sujeto ten, tenga esa disposición, y que tenga, la, capacidad también de...de hacer ese trabajo...personal. (P3, p.11)

Pero también refirieron una mirada de la intervención clínica donde se puede construir una relación con el usuario, infiriendo un interlocutor activo y un psicólogo empoderador o desarrollador de sus potencialidades:

Y...pero a la vez también trato de ser, como...esto de, que te explicaba antes, de empoderarlo mucho, de, de que ellos se sientan capaces de hacer cosas por ellos mismos, no sólo porque uno les esté empujando, o porque les esté dando la pasta, sino que, “oye, pero si tú lo...tú ya lo estás haciendo. No te has dado cuenta, pero ya lo estás haciendo, y...y esto se llama así, y, y es como...”, y como da, eh, darle...eh, reforzar lo que ellos son capaces. (P3, p.16)

Pudimos observar esta visión de la relación con el usuario como una construcción, cuando los psicólogos se refirieron a las condiciones mínimas para realizar un trabajo clínico con el otro. Pues, aunque algunas de éstas tienen relación con el contexto del consultorio, otras son atribuibles a los usuarios. Estas condiciones atribuibles al otro refieren principalmente a su motivación como responsable de sus propios cambios, la regularidad en la asistencia, el compromiso, la transparencia, y la constancia en el tratamiento farmacológico en caso de que fuese prescrito.

Dentro de las posibilidades clínicas moduladas por el motivo por el cual consultan los usuarios y la relación que se genera con el psicólogo, destacamos dos excepciones de intervenciones mencionadas por los psicólogos. Una sería la psicoterapia, tratamiento clínico que no forma parte de sus prestaciones, pero al que dijeron responder como deber ético frente a una necesidad:

si bien desde el discurso formal, el nivel APS no está para eso [*psicoterapia*]...hay mucha gente que lo requiere...pero que no cumple con los criterios, pa la derivación al nivel secundario. Porque también es eso: pa al, al nivel secundario, tiene que haber cierto criterios. (...) Este...lo que hemos conversado con los pacientes que no,

o sea con los, con los compañeros de...de trabajo, que no podemos pretender, no...no hacer psicoterapia cuando en verdad, se, se ve el tema. Por más que nos digan que, nosotros no hacemos, ahí...hay que hacerla. Hay que hacerlo. Este, porque no, no, no tienen criterio pa nivel secundario. Y tampoco tienen pa pagar particular, entonces, que esa gente ¿qué pasa? Quedan ahí como...eh, en el aire, no les podemos decir "noso, no, no, mm, no podemos, meternos más en su historia, no podemos profundizar más, no podemos, este...invertir tanto tiempo en esto. (P6, p.10-11)

Con la finalidad de poder llevar a cabo esta psicoterapia sería que, como mencionamos anteriormente, se llevan a cabo negociaciones con la dirección para aumentar el tiempo de atención o la frecuencia de ésta. Una de las psicólogas calificó esta negociación como una *trampa*:

Entonces tú decís: ¿cómo llevai una, terapia, una vez al mes, 30 minutos? Entonces lo que yo hago es trampa.

E2: ¿En qué sentido?

P2: Trampa po. Los atiendo, hago...tengo por ejemplo, permiso, para el día, el, el...ahí dice (*señalando un calendario pegado en el estante*) *Special K*, ese día es especial, y yo doy las horas.

E2: Ya...

P2: De hecho ese día es horrible. Porque viene todo el mundo, no falta nadie. ¿Cachai? Entonces ahí yo, cit, re cito a gente. Cosa de poder atenderlas dos veces al mes. A los niños, pido que les den dos horas de psicodiagnóstico altiro, ¿cachai?, y...cuan, y si no tengo, eh, ocupo las horas de ingreso. ¿Cachai?, hago, de todo, con tal de poder...llevar una terapia.

E1: Pero espera, eso, eso es un convenio...propio, tuyo, que se da, solamente, en este contexto, tú lo negociaste...

P2: Eh, sí, yo lo negocié, yo lo pedí, y me dijeron que bueno. (P2, p.10-11)

Pero por otra parte, una de las psicólogas que trabaja con media hora de atención, comentó que el trabajo con el usuario puede ser independiente al tiempo: "de repente una mínima intervención aunque sea de media hora puede ser muy

enriquecedora para ambas partes y hay veces que media hora se te hace poco y sientes que no estás haciendo nada” (P5, p.20). Entonces podríamos decir que la supuesta dependencia de la intervención referida al tiempo disponible, respondería más bien a las expectativas que tiene cada psicólogo de su trabajo en la APS.

Otro tipo de intervención clínica que destacamos, sería la referida por un psicólogo que colocó el énfasis de su labor en el trabajo grupal, hablando incluso de prescribir la participación en talleres como parte del tratamiento. Creemos importante comentar este caso, pues sería una excepción dentro de una muestra que dijo desarrollar el trabajo grupal como una forma de cumplir las metas sanitarias impuestas, más que con una finalidad clínica.

Al hablar del trabajo grupal, este profesional mencionó que el psicólogo asumiría un rol secundario y que habría un elemento terapéutico situado en el grupo:

en lo grupal de repente el terapeuta también es el grupo y eso implica que nosotros como psicólogos descansemos también de nuestro rol de psicólogo y nos transformemos más bien en guía de grupos y van surgiendo la sensación de un apoyo más bien grupal que individual. (P4, p.10)

Otro elemento que este profesional destacó del trabajo grupal fue la posibilidad de generar redes de apoyo entre los usuarios participantes:

Y el taller tiene la ventaja también que genera redes, nosotros nos damos cuenta que muchas de la gente que citamos a taller, su depresión entre comillas su trastorno de salud mental está ligado a su soledad y eso es falta de red y eso no se lo podemos dar nosotros como psicólogos, no nos podemos transformar en una red fuera de acá, pero el taller sí (P4, p.10)

En este caso particular, aun cuando nos llamó la atención que el entrevistado separe el rol del *psicólogo* al rol de guía de grupo, como si ambos no fueran parte del mismo concepto, destacamos esta excepción como una forma de

contextualizar el trabajo clínico en la APS, ampliándolo desde la labor de un psicólogo a la labor de un grupo.

Otras dos intervenciones clínicas que fueron comentadas por los psicólogos y que podemos destacar, por su carácter excepcional e innovador, serían los ingresos multidisciplinarios al Programa de Salud Mental, y las instancias autogestionadas de supervisión psicológica. En el primer caso, aun cuando lo común es que la asistente social realice esta entrevista, existirían algunas que son llevadas a cabo por duplas de psicólogo y médico, y otras aún más excepcionales que se realizan en tríos de asistente social, psicólogo y médico:

Los ingresos en tríos no está establecido desde el servicio, desde la corporación, algunos centros lo hacen, algunos consultorios lo hacen, principalmente en duplas psicólogo-médico, nosotros incorporamos a la asistente social, porque en definitiva permite a uno tener una visión biopsicosocial del caso y si es necesario intervención social, si es necesaria intervención médica o psicológica, yo no estoy seguro que todos los consultorios lo hagan igual, a nosotros nos ha resultado, permite también mejorar el diagnóstico, mejorar las estrategias de intervención y también mejorar el conocimiento entre los equipos. (P4, p.8)

Si bien ésta sería una opción que, como dice la cita, permitiría una *visión biopsicosocial del caso*, al no estar estipulada oficialmente, termina dependiendo de las voluntades de los profesionales involucrados, lo cual provocaría que algunos consultorios tengan una manera particular de realizar estos ingresos de Salud Mental.

En el segundo caso, al preguntarles sobre instancias de supervisión clínica en APS, la mayoría de los psicólogos respondió comentando sobre la consultoría de salud mental, pero varios admitieron no sentirla como la supervisión necesaria para su trabajo en APS. Estos psicólogos fundamentaron que la labor realizada por ellos es desgastante, considerando que son su propia herramienta de trabajo, y manifestaron preocupación frente a un posible *burnout*. Sería así como nacen instancias autogestionadas que pueden ser denominadas *intervisión*, pues se



realizarían entre pares psicólogos o incluyendo a asistentes sociales, haciendo revisión y comentario de casos, su derivación o coordinación:

Sí, de autocuidado, del equipo. De...de...de nosotros, como funcionarios, y de...y también dentro del, equipo chiquitito, psicosocial. También, como...mantener...tan, también ha sido una lucha eso de tratar de mantener algunas reuniones de, de equipo, o de conversar los casos entre nosotros...porque, esos espacios hay que pelearlos po. No, no se te dan, no se te dan dentro de los programas. No se te da...como, parte de la programación...anual. Hay que buscarlos uno y pelear para que se puedan abrir (P3, p.19)

Estos momentos fueron muy valorados por los profesionales, pero tienen problemas para mantenerse por falta de tiempo y espacio, convirtiéndose finalmente en una ocasión muy flexible en cuanto a participantes y a tiempos.

## DISCUSIONES

Los psicólogos comentaron trabajar en un contexto ambiguo y contradictorio, donde se norma un trabajo de tipo promocional-preventivo (MINSAL, 2001), pero las exigencias y las expectativas generales son que realice un trabajo de tipo clínico, cuando el usuario ya ha consultado por malestar. Focalización que parece ser guiada por “la alta prevalencia de problemas de salud mental, sumada a las condiciones precarias y las necesidades de la población atendida en este nivel de atención sanitaria” (Scharager & Molina, 2007, p.158). O sea, la contradicción estaría entre un ambiente de modelo biopsicosocial que se impone desde las normas y leyes, pero donde en la práctica aparecen ribetes del modelo biomédico, debido a diferentes factores.

Uno de estos factores sería la perspectiva de trabajo del psicólogo en APS. En ésta influyen las expectativas del psicólogo, que ingresa esperando llevar a cabo una labor clínica, perspectivas que en este ambiente terminan siendo cumplidas en cierta medida. Estas expectativas tendrían a la base la visión de un usuario como *enfermo*, siendo su recuperación la razón del encuentro entre el usuario y el profesional de la salud (MINSAL, 2008a). Entonces, tendría sentido que el psicólogo tienda a realizar más actividades de tipo clínico, que a realizar acciones con usuarios *sanos*, donde no habría un resultado posible. Lo que podría ser una de las razones por las cuales el psicólogo de la APS dedica menos tiempo a las actividades de promoción y prevención. Esta posición frente a la salud y a la enfermedad nos permitió inferir que el psicólogo tiende a verlas linealmente de manera dicotómica, lo cual estaría más cercano a la visión del modelo biomédico, explicado en el citado documento del MINSAL.

Otro aspecto que podría evidenciar este modelo sería la comprensión biomédica del sujeto que apareció a veces referida por parte de los psicólogos. Desde esta forma de ver al usuario, éste no tendría los recursos necesarios para

resolver sus propios problemas, teniendo que acudir a un experto que le dé la solución (MINSAL, 2007). El psicólogo, al responder a esta concepción, estaría asignándole un rol más bien pasivo en la relación (Ceberio & Linares, 2006), pudiendo llegar a convertirse en un profesional asistencialista. Esta concepción podría ser ejemplificada en el relato de los psicólogos al hablar del *paciente*.

Pero también aparecieron otros términos que podrían significar otras comprensiones, como *sujeto* o *persona*. Mientras el concepto paciente es, según los autores citados, heredado del vocabulario médico, los otros conceptos propuestos por los psicólogos entrevistados no están necesariamente circunscritos al ámbito de la salud, sino que abren más posibilidades, por lo que podríamos inferir una visión más bien integral del usuario. Esta situación en torno a la denominación del otro con el cual se trabaja, podría ser una forma de ejemplificar la coexistencia de varios modelos de salud en la fase de transición donde el psicólogo tiene que desarrollar sus labores. El posicionamiento del otro, siempre dentro del ámbito clínico, asimismo va posicionando al psicólogo frente al usuario, planteando distintas acciones a realizar con éste.

Aun cuando los psicólogos entrevistados sienten que su práctica es muy diferente a lo aprendido en la universidad, en APS incluso llegan a modificar el contexto para aplicar sus conocimientos clínicos, que según Scharager y Molina (2007) están más orientados “al ejercicio profesional privado y a aplicar dispositivos clínicos tradicionales” (p.157). Los profesionales dijeron que realizan esta modificación para responder a la demanda de la población usuaria, pero lo hacen desde sus conocimientos teóricos y prácticos, y no como una alternativa emergente acorde con las características y necesidades de la población. Para Dimenstein (2003), la raíz de esta problemática estaría en

los aportes teóricos y prácticos en los que se basan los modelos de actuación de los psicólogos, en su identidad y cultura profesional y en las expectativas que la sociedad tiene con relación a su papel en el ámbito de la salud. (p.342)

Sería así como, según sus modelos y expectativas, los psicólogos que dijeron negociar para modificar el tiempo de atención disponible, podrían considerarlo insuficiente para lo que ellos pretenden realizar como psicólogos en la APS. Una de estas acciones sería la psicoterapia, considerada por los psicólogos como una actividad relevante en APS en cuanto respondería a una demanda de los usuarios, creando la posibilidad de ofrecer un tipo de intervención que no se podría ofrecer sin este tipo de modificaciones. Es interesante comparar la razón que dieron los psicólogos entrevistados para realizar psicoterapia, justificada desde un punto de vista ético, con la expuesta por Dimenstein (2001) para la realización de intervenciones de este tipo por los psicólogos de la APS en Brasil. La autora comenta que la psicoterapia sería una herramienta que garantiza una cierta diferenciación y proporciona un poder relativo al psicólogo, pues la especialidad profesional en relación a otros funcionarios estaría en el uso de esta técnica clínica.

Esta negociación de los tiempos de atención fue catalogada como *trampa* por una profesional. Podríamos llamarla una *trampa* para la APS, con tal de llevar a cabo una psicoterapia en un lugar donde no está normada como prestación. Esta *trampa* sería una respuesta a un sistema donde los psicólogos se sentirían atrapados, un contexto contradictorio donde no pueden llevar a cabo el trabajo que ellos piensan deberían realizar.

Con esta modificación de los aspectos técnicos del contexto para llevar a cabo una psicoterapia sin normativa, los psicólogos estarían dejando de lado otras actividades, como el trabajo grupal, actividad clínica con fines terapéuticos que sí está considerada dentro de las normas. Los profesionales aludieron que son los usuarios los que no quieren este tipo de trabajo, por lo que no es considerada como una actividad clínica relevante. Situación que nos llamó la atención, teniendo en cuenta que encontramos un caso donde se le dio relevancia al trabajo grupal por sus efectos terapéuticos y la relación terapéutica multilateral (Orlinsky &

Howard, 1995) entre sus integrantes. Frente a la poca adherencia de los usuarios a los trabajos grupales, Dimenstein (2003) plantea que el cuestionamiento debería ir más allá de preguntarse si tal o cual técnica sería apropiada para tal o cual población, sino que debería preguntarse sobre los supuestos básicos y el marco teórico que sustentan las técnicas. Por lo que podemos plantear que, finalmente, este tipo de intervenciones depende de la perspectiva clínica y la voluntad del psicólogo.

Otra intervención clínica que los profesionales describieron y que depende de las voluntades de los involucrados, son los ingresos multidisciplinarios descritos como *biopsicosociales*, pues considerarían al usuario como una unidad integrativa (MINSAL, 2008a). Es interesante que, aunque este tipo de intervención clínica se acerque más a la línea de lo biopsicosocial, su práctica sea más bien excepcional en un sistema en transición hacia este modelo. Podríamos decir entonces que, aun cuando la entrada del psicólogo a las instituciones de salud pública ha ampliado su campo de trabajo y aporta con el aspecto psicológico del bienestar integral (Vergara, 2011), al parecer no ha alterado los modelos teóricos y prácticos que fundamentan su actuar (Dimenstein, 2001).

En cuanto a la manera en que los psicólogos entrevistados dijeron enfrentar las tensiones entre el contexto donde se desarrollan y las expectativas y técnicas en torno a su labor, basándonos en nuestras apreciaciones durante la conversación podemos comentar que, mientras algunos se sienten abrumados y sobrepasados por el sistema, otros demuestran tener la fuerza suficiente para doblarle la mano y hacer algo más de lo que se les ofrece. En relación al primer grupo, estos psicólogos tendieron a atribuir externamente la responsabilidad, tanto al sistema como a los usuarios. Mientras que los otros profesionales se mostraron más empoderados de su quehacer y de su espacio, lo que influiría en sus intervenciones al contexto para llevar a cabo las actividades que ellos consideran necesarias para atender a los usuarios. Aun así, creemos que, pese a que los psicólogos tendieron a diferenciarse del resto de los funcionarios comentando que

su trabajo seguiría el modelo biopsicosocial, no habría en ellos una autocrítica suficiente para reconocer la base biomédica de sus acciones.

## CONCLUSIONES

Con el desarrollo de esta investigación, pudimos conocer el contexto donde trabaja el psicólogo de la APS, el cual no solamente posee una complejidad socio-sanitaria por la variedad de casos que llegan a consultar, sino que también sería un ambiente contradictorio. Pues, en un sistema que pretende trabajar desde una perspectiva comunitaria de atención, al psicólogo se le exige cumplir en la práctica con actividades de corte clínico, incluso con un incentivo económico relacionado a éstas.

Dentro de estas actividades clínicas, observamos que habría una diferencia entre lo que es planteado por los planes y programas al respecto, y lo que finalmente el psicólogo hace. Pues los psicólogos darían prioridad a actividades clínicas no contempladas dentro del PNSMP, como la psicoterapia, por sobre otras que sí están contempladas, como el trabajo grupal. En cuanto al criterio de selección de la técnica clínica a utilizar, estaría más bien dado por los conocimientos y la formación del psicólogo, que por un cuestionamiento en torno a los recursos existentes tanto en el usuario como en su contexto.

Respecto de la principal técnica de atención clínica utilizada, podemos plantear que, tanto por las actividades que dice llevar a cabo mayormente, como por la forma en que se refiere a ellas, el psicólogo de la APS se relata unido a la atención psicológica individual en el box, más que a otros espacios, incluso hablando de *salir* de su rol de psicólogo cuando no está enmarcado en esta actividad. Para que este profesional pueda ser visto, tanto por sí mismo como por el resto de la comunidad, desde una perspectiva diferente, hace falta un trabajo de apropiación de otros espacios disponibles, tanto físicos como sociales, que le permitan ampliar su mirada y su trabajo.

El trabajo individual no solamente pudimos observarlo al hablar sobre la relación con el usuario, sino que también en el relato de su relación con sus compañeros de trabajo y otros funcionarios de la APS. Esto en cuanto el sistema no proporciona el tiempo ni el espacio para que los profesionales tengan momentos de reflexión y crecimiento profesional, dificultando la generación de grupo, equipo o comunidad dentro de la APS, y menos aún la integración a la comunidad fuera de la institución.

Aun así, pudimos observar que el psicólogo trataría de adaptarse a este contexto, para poder realizar las técnicas aprendidas en sus estudios, llegando a veces a generar una especie de *híbrido* entre éstas y las demandas del contexto. Si bien no podemos negar la realidad de la demanda por atención clínica en la APS, nos preguntamos por algo más allá que una adaptación o una contextualización del conocimiento al ambiente. Sino que nos preguntamos por innovaciones emergentes para poder responder a la población con la cual se está tratando. Dicho de otra manera, se podría ver esta tensión entre lo aprendido y lo necesario de aplicar, como una oportunidad creativa para los psicólogos de la APS.

En el desarrollo de nuestra investigación, pudimos darnos cuenta de la importancia que tiene la formación de pregrado en la práctica de los psicólogos de la APS, pues sería la base con la que comienzan a acercarse a este contexto muchas veces desconocido en un comienzo. Creemos que los estudios de pregrado podrían hacer un aporte en la formación de psicólogos que se desempeñen en este ambiente, comenzando por el cuestionamiento del modelo de salud-enfermedad que da sustento a las prácticas clínicas. Actualmente habría en la APS una convivencia de diferentes modelos relacionados a estos conceptos, que no se pueden observar de manera absoluta, sino que siempre matizados el uno con el otro, donde la respectiva referencia está asociada a la conveniencia de su uso en un momento determinado. Nuestra intención no pretende hacer un juicio



de valor sobre estos modelos, pues la convivencia actual entre éstos incluso podría ser beneficiosa en el uso de las técnicas clínicas que sean requeridas particularmente.

En relación a estas técnicas clínicas, creemos importante que también en los estudios de pregrado, además del aprendizaje de las teorías y técnicas existentes, se pueda facilitar el desarrollo de una respuesta creativa a distintos contextos donde deba desempeñarse el psicólogo, aportando a la adaptación técnica ya existente por parte de los profesionales en el ambiente de la APS.

Además, podría ser un aporte para el desarrollo de los psicólogos en esta área de la salud pública, el aprendizaje de la Psicología Comunitaria y Psicología Clínica de manera conjunta, y no como dos caminos paralelos, o incluso opuestos, de la disciplina. Esta manera de ver la Psicología podría facilitar el uso y descubrimiento de herramientas que puedan responder a las exigencias de la APS y a las necesidades de los usuarios de este servicio. Entre los beneficios que podría tener esta visión de la *Psicología de la APS*, estarían la integración del servicio de salud y la comunidad, de manera que se puedan desarrollar tanto la promoción de la salud mental como la prevención de las enfermedades asociadas, y al mismo tiempo el tratamiento de éstas. En relación a esta temática, sería interesante tener como referencias el trabajo en clínica comunitaria realizado por equipos de Salud Mental en países como Argentina, con el *Movimiento de Medicina Social – Salud Colectiva Latinoamericana* (Bang, 2014), o en Paraguay con *Clinitaria* (Barua, 2010).

## **Dificultades, limitaciones y propuestas de investigación**

En cuanto al desarrollo de esta investigación, debemos reconocer que hubo ciertas dificultades en relación a nuestra labor como investigadores. En primer lugar, al no haber delimitado el tema a investigar de manera más acuciosa, la pauta que utilizamos para entrevistar abarcó varios temas, sin dar la oportunidad de profundizar suficientemente en ellos. Por lo cual, aun cuando el tema fue adquiriendo forma en el camino, al momento de realizar el análisis y la posterior interpretación, nos encontramos con información muy diversa que podría haber respondido a diferentes objetivos. Sin embargo, consideramos una experiencia valiosa el haber trabajado según estas condiciones, pues aprendimos no solamente sobre la orientación clínica de la relación entre el psicólogo y el usuario de la APS, sino que también sobre la realización de una investigación de tipo cualitativa.

Por otro lado, las técnicas metodológicas que escogimos respondieron a nuestras expectativas de tiempo y profundidad para este trabajo, pero no hicieron tanto mérito al alcance que se podría haber logrado con el tema, sobre todo en relación a la entrevista semi-estructurada. Además, cercano a la finalización del trabajo, consideramos que podría haber sido útil una segunda entrevista para profundizar algunas de las temáticas aparecidas en la primera, lo cual hubiese facilitado y complejizado el análisis de la información recabada.

A modo de cierre, proponemos algunas ideas a tomar en cuenta en futuras investigaciones, que tocarían diferentes aristas surgidas del problema tratado en la presente. Una de estas líneas a abordar, sería el estudio de las expectativas de los usuarios en torno a la consulta psicológica en la APS. Pues es una actividad importante del psicólogo en este ambiente, en la que inciden estos dos protagonistas, y se complementaría con la visión del psicólogo al respecto.

Además, existe poca información de la opinión y evaluación del usuario sobre las atenciones psicológicas clínicas recibidas en la APS.

Por otra parte, también sería interesante estudiar las representaciones sociales del concepto *paciente* de los psicólogos en la APS, dada la controversia que encontramos en torno a la denominación del usuario, con la intención de hacer una reflexión sobre los marcos teóricos que estarían detrás de ésta, y cómo esto influye en la relación que se construye con el otro.

En cuanto a la atención clínica en la APS, proponemos formular un camino alternativo con los psicólogos que trabajen en la misma corporación municipal, con la finalidad de acotar y hacer más efectivo el trabajo. Tal vez a modo de una investigación-acción, este camino alternativo debería ser formulado en conjunto con los profesionales y desde su práctica, buscando alguna que responda tanto a sus expectativas como a las de los usuarios.

También relacionada a la atención clínica en APS, consideramos que sería interesante realizar una etnografía con un grupo de usuarios de Salud Mental, como el referido excepcionalmente por uno de los psicólogos entrevistados, con la finalidad de conocer cuáles serían los elementos terapéuticos dentro de éste, además de los elementos promotores de la salud mental de esa población específica.

## REFERENCIAS

- Alarcón, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista colombiana psiquiatría*. 37 (1), 113-126.
- Alfaro, J. (2000). *Discusiones en psicología comunitaria*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México DF: Paidós Educador.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental. Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 109-120. Recuperado el 22 de mayo del 2014 desde: <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2- FULLTEXT-399
- Barua, A. (2010). Clinitaria: anotaciones para acompañamientos comunitarios en salud mental. *Anales de Facultad de Ciencias Médicas*, 43 (1), 61-68. Recuperado el 21 de mayo del 2014 desde <[http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-89492010000100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492010000100008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1816-8949
- Buela-Casal, G.; Caballo, V. & Sierra, J. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Ceberio, M. & Linares, J. (2006). *Ser y hacer terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Cifuentes, A. (2012). *EGLES: Diseño de Servicio para Atención Primaria de Salud*. Proyecto de titulación para optar al título de Diseñador Gráfico con licenciatura en Diseño Gráfico. Valparaíso: Escuela de Arquitectura y Diseño, PUCV.

- Díaz, N. & Miranda, A. (2007). *¿Cómo se construyen las prácticas de atención de salud en espacios de interacción cotidiana del Centro de Salud Familiar Gómez Carreño?* Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología y al título de Psicólogo. Valparaíso: Facultad de Filosofía y Educación, Escuela de Psicología, PUCV.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo/a e o compromisso social no contexto d a saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 57-63.
- Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13 (5), 341-345.
- Fernández, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Íñiguez, L. & Antaki, C. (1994). El análisis de discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, 44 , 57-75.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Ley N°20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. (2012, 13 abril). Diario Oficial de Abril 24, 2012.
- Llano, V. & Valdivia, C. (2008). *Relatos de vida e identidad profesional de psicólogos de salud pública: estudios de casos con enfoque biográfico de investigación cualitativa*. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología y al título de Psicólogo. Valparaíso: Facultad de Filosofía y Educación, Escuela de Psicología, PUCV.
- Londoño, C., Valencia, S. & Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, Universidad Veracruzana: Xalapa. 6 (2), 199-205.

- Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (97), 53-69.
- Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2007). *La Red Pública de Salud: Fundamentos, conceptos y experiencias*. Serie de cuadernos de redes 8. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2008a). *En el camino a Centro de Salud Familiar*. Santiago: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. (2008b). *Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2009). *Diseño del proceso clínico asistencial en la red pública de salud en Chile: Proceso de atención ambulatoria en red*. Serie de cuadernos de redes 28. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana Salud Pública*, 18 (4/5), 346-357.
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1995). *Unity and diversity among psychotherapies: A comparative perspective*. En Bongar, B. y Beutler, L. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and practice*, (pp.3-23). New York: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Temas de salud*. Recuperado el 8 de Mayo del 2014 desde <http://www.who.int/topics/es/>

- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C.: OPS.
- Pérez, M. y Fernández, J, R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en Atención Primaria. *Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos*, 29, 261-270.
- Quintana, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. En Quintana, A. & Montgomery, W. (Eds.). *Psicología: Tópicos de actualidad*, (pp. 47-84). Lima: UNMSM.
- Representación de OPS/OMS en Chile. (2011). *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Santiago de Chile: OPS.
- Ruiz, A. (2006). Texto, testimonio y metatexto. El análisis de contenido en la investigación en educación. En Jiménez, A. & Torres, A. (Comp.). *La práctica investigativa en ciencias sociales*, (pp.44-59). Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Scharager, J & Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22 (3), 149-159.
- Taylor, A., Skuckin, W., Davies, D.R., Reason, J.T., Thomson, R. & Colman, A.M. (1986). *Introducción a la psicología. Manual*. Madrid: Visor Libros.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, F. (1994). *Análisis de contenido categorial. El análisis temático*. Unitat de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 24 de junio del 2014 desde

[http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/fecc81lix-vacc81zquez\\_analisis-de-contenido-categorial-tematico.pdf](http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/fecc81lix-vacc81zquez_analisis-de-contenido-categorial-tematico.pdf)

Vergara, G. (2011). *La redefinición del Rol del Psicólogo/a en contextos de Salud Pública hacia el compromiso con una salud integral que abarque aspectos clínicos y comunitarios, con prácticas adaptadas a cada contexto sociopolítico*. Recuperado el 19 de Marzo de 2014 desde [http://www.proyectoetica.org/descargas/Certamen2011\\_trabajos%20premiados/La%20redefinicion%20del%20rol%20del%20psicologo\\_Vergara%20Vazquez.pdf](http://www.proyectoetica.org/descargas/Certamen2011_trabajos%20premiados/La%20redefinicion%20del%20rol%20del%20psicologo_Vergara%20Vazquez.pdf)