



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

“APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO Y SUS PRINCIPIOS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

Memoria para Optar al Título de Psicóloga

Autora: Catalina Aravena B.

Profesora Guía: Loreto Leiva B.

Santiago, 2014

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a todas las personas que contribuyeron con esta investigación, a los psicólogos que se dieron el tiempo de responder la encuesta, a las personas que ayudaron a difundirla y a todos quienes de una u otra forma permitieron su realización.

A la profesora Loreto Leiva, por abrirme las puertas desde un inicio, por apoyarme en este proceso mostrándome que era posible, y por guiarme para lograr el cierre de este ciclo.

A mi familia, por todo lo que he aprendido de ellos, que sin duda ha sido un motor para investigar y trabajar intentando mantener los pies en la tierra. A mi papá, porque este título representa los que él debería tener por su experiencia, conocimiento y consecuencia.

Y finalmente, a todas las personas que trabajan diariamente por construir un mundo más equitativo intentando cambiar las injusticias, pues inspiraron esta investigación y las que vendrán.

A todos ustedes, muchas gracias.

Índice

1.- Resumen	5
2.- Introducción.....	6
3.- Antecedentes Teóricos	9
3.1.- Gestión de los sistemas de salud, contexto internacional	9
3.2.- Repensando la gestión del sistema de salud en Chile	11
3.3.- Psicólogos en Atención Primaria de Salud.....	12
3.4.- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	13
3.4.1.- Aplicación del Modelo Integral y principales dificultades	17
4.- Objetivos	22
4.1.- Objetivo General	22
4.2.- Objetivos específicos	22
4.3.-Hipótesis.....	22
5.- Método.....	23
5.1.- Diseño	23
5.2.- Muestra.....	23
5.3.- Técnica recolección de datos.....	24
5.4.- Definición de las variables	25
5.5.- Procedimiento.....	27
5.6.- Técnica de análisis de datos.....	27
5.7.- Aspectos éticos.....	28
6.- Resultados	29
6.1.- Caracterización de la muestra.....	29
6.2.- Aplicación del Modelo Integral, utilidad y conocimiento de los principios	31
6.3.- Aplicación de los principios del Modelo Integral	35
6.4.- Relación entre las variables estudiadas	41
6.5.- Dificultades identificadas para aplicar el Modelo Integral: resultados cualitativos	43
7.- Discusión y Conclusiones	49
8.- Referencias	58

9.- Anexos	63
Anexo I: Encuesta para psicólogos acerca de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional (EPPAMI).....	64
Anexo II: Carta a jueces expertos	68
Anexo III: Información a participantes	70

1.- Resumen

El Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario orienta las acciones sanitarias de toda la red asistencial chilena. A pesar de las modificaciones generadas por su implementación, a 10 años de haber sido instalado, no existen investigaciones acerca de la forma en que se está llevando a la práctica.

El presente estudio tiene por objetivo describir la aplicación del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario y sus principios en el ejercicio profesional de los psicólogos de atención primaria de salud. La metodología utilizada fue cuantitativa de tipo exploratoria/descriptiva, y pretende generar una primera aproximación al fenómeno estudiado. Respecto a los resultados, el principio con mayor facilidad de ser aplicado es “Centrado en las personas”, seguido de “Integralidad”, y el que presenta mayores dificultades es “Continuidad del Cuidado”. Se concluye que el modelo se ha instalado en el discurso de los psicólogos, se reconoce su relevancia y se conocen sus principios, sin embargo, aún existen dificultades para su aplicación, que corresponden principalmente a problemas de gestión.

Palabras claves: *Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario, atención primaria de salud, psicólogos.*

2.- Introducción

Las necesidades sanitarias de las comunidades han sido históricamente una preocupación mundial. Las dificultades en el acceso a los servicios de salud, las inequidades existentes de acuerdo a las realidades económicas de la población y el contexto político, repercuten directamente en el nivel de salud que tienen los sujetos. Por esta razón, a nivel internacional, se han abordado las problemáticas sanitarias desde distintos sectores y disciplinas, con el objetivo de incrementar el nivel de salud de las poblaciones desfavorecidas y conducir al desarrollo general a nivel mundial.

Uno de los hitos históricos que destaca a nivel internacional, es la Conferencia de Alma Ata de 1978, coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En ella, se defendieron los valores justicia social, participación y solidaridad, y se asumió que los problemas sanitarios no se resuelven únicamente con recursos, sino que además es relevante la gestión y ejecución de estos. Para ello, se plantó como una estrategia beneficiosa en cuanto a costo eficacia, la Atención Primaria de Salud [APS] y se incitó a los gobiernos de todo el mundo a impulsarla, incorporándola en los sistemas de salud nacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978). Estos postulados, incitaban a la participación de las comunidades, reconocían la relevancia de los determinantes sociales de la salud y propusieron comprender la salud de manera integral. Además, se otorgó relevancia al trabajo de prevención y promoción de salud principalmente en APS, que se planteó como el primer nivel de contacto de los individuos y sus familias con el sistema sanitario (Chan, 2008).

En Chile, estas orientaciones comienzan a integrarse paulatinamente desde la década de los 90'; sin embargo, adquieren mayor fuerza a partir del año 2000, con la implementación de la Reforma Nacional de Salud. Desde aquella fecha en adelante, se realizan cambios en la red asistencial, otorgando mayor énfasis a la APS y reforzando la transformación de los consultorios a Centros de Salud Familiar y Comunitarios [CESFAM] (Ministerio de Salud, 2008). Junto con esto, se establece el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario, en adelante Modelo Integral, como la nueva forma de ejecutar las acciones sanitarias, donde se instalan los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud de toda la red asistencial. Este nuevo modelo, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo, centrado en el cuidado integral de las familias, y que debe preocuparse de la salud antes de la

aparición de la enfermedad. Pone el énfasis en promover estilos de vida saludables, fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. Además de lo anterior, otorga un rol fundamental al trabajo realizado en la APS, con el objetivo de acercar los servicios a las comunidades y de esta forma reducir las inequidades en el acceso a la salud (Ministerio de Salud, 2008).

La ejecución de este nuevo modelo, tiene implicancias en el servicio sanitario que recibe un porcentaje importante de la población nacional. Entendiendo que el sistema de salud chileno es lo que se denomina un sistema mixto, es decir, está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes tanto al sector público como privado (Ministerio de Salud, 2011b), el paso de un modelo biomédico al Modelo Integral, repercute directamente en el sub sector público, el cual es responsable de atender a la población afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA), correspondiente al 81,9% del total de habitantes del país el año 2011 (Ministerio de Desarrollo Social, 2012). En este fondo, además de concentrarse la mayoría de la población nacional, se encuentran los grupos socioeconómicos más vulnerables.

Por otra parte, se debe considerar que la aplicación del Modelo Integral en la red asistencial influye en mayor medida en el servicio otorgado en APS. Estos centros corresponden al primer lugar de la red de salud donde acude el usuario, por este motivo, el número de personas que se atienden en este nivel de resolución es mayor que el número de usuarios atendidos en otros establecimientos (World Health Organization [WHO], 2006).

A pesar de las modificaciones que ha implicado la implementación del Modelo Integral, y de las repercusiones sanitarias que puede tener éste a nivel nacional, a 10 años de su implementación, no existen investigaciones acerca de la forma en que se está llevando a la práctica en los centros de salud. Específicamente con respecto al ejercicio profesional de los psicólogos, se han realizado pocos estudios relacionados con su actividad laboral y su ejercicio profesional en establecimientos de APS y ninguno acerca de cómo aplican el Modelo Integral. A pesar de lo anterior, desde la División de Atención Primaria de Salud, se identifica relevante obtener información al respecto (Vargas, 2014).

De acuerdo a lo anterior, existe poca información acerca de la aplicación del Modelo Integral y de la práctica profesional de los psicólogos de APS. Ambos datos serían de utilidad pues permitirían construir un diagnóstico, plantear estrategias de mejora y elaborar una línea base para futuras evaluaciones. Además, permitirían alinear el trabajo entre los equipos de gestión y los equipos asistenciales, de manera que el accionar de ambas instancias sea coherente.

En base a la información expuesta anteriormente, en este estudio se plantea la siguiente pregunta que orientó la investigación: ¿De qué manera aplican el Modelo Integral y sus principios los psicólogos de APS en su ejercicio profesional? Con el objetivo de dar respuesta a esta pregunta, se realizó un estudio cuantitativo no experimental de tipo exploratorio descriptivo.

La presente investigación, es una primera aproximación para conocer como se lleva a la práctica el Modelo Integral, explora este fenómeno que no ha sido evaluado con anterioridad y es un aporte teórico, pues los resultados obtenidos facilitan la realización de futuras investigaciones acerca de los distintos aspectos de la aplicación del modelo, además de generar posibles líneas de investigación. Por otra parte, a nivel práctico, entrega datos acerca del ejercicio profesional de los psicólogos de APS, particularmente acerca de la aplicación del Modelo Integral y sus principios, temática poco estudiada en el contexto nacional. Estos insumos pretenden contribuir tanto a los equipos de atención primaria como a los equipos de gestión de salud pública del país.

A continuación, se presentarán los antecedentes teóricos relevantes a considerar en esta investigación. Este apartado contempla información acerca del contexto sanitario internacional y nacional, los postulados acerca del Modelo Integral vigentes e información acerca de las dificultades de la aplicación del modelo encontrada en la literatura. Luego de estos antecedentes, se plantearán los objetivos que dieron los lineamientos a la presente investigación. Posteriormente, en el apartado “Método” se dará a conocer el tipo de diseño utilizado, la descripción de los participantes, la técnica de recolección y de análisis de datos, la definición de las variables y los aspectos éticos de la investigación. Luego de lo anterior, en el apartado “Resultados” se exponen los hallazgos del estudio y finalmente en el apartado “Discusión y Conclusiones” se expone la reflexión y análisis realizado a partir de los resultados encontrados, contrastándolos con los antecedentes teóricos recabados.

3.- Antecedentes Teóricos

3.1.- Gestión de los sistemas de salud, contexto internacional

En las décadas de los años 60' y 70', la medicina tuvo progresos significativos en cuanto a tratamientos de enfermedades infecciosas, que hacían pensar que la realidad sanitaria mejoraría, lográndose un aumento en los niveles de salud de las poblaciones (Baum, 2007). Sin embargo, en la mayoría de los países las nuevas tecnologías solo estaban a disposición de los sectores más acomodados, motivo por el cual los nuevos conocimientos no fueron suficientes para lograr cambios sanitarios significativos. Por otra parte, problemas como el acceso a la salud siguieron sin resolverse, manteniéndose las inequidades existentes, lo que desencadenó un descontento general de la población con la asistencia sanitaria a nivel mundial (OMS, 1978).

En esta época, el contexto social y político era relativamente favorable a las iniciativas que cuestionaban el *status quo*, lo que tuvo como consecuencia el desarrollo de experiencias de salud con enfoques participativos en los años 70' (De Vos, 2009). Diversos movimientos sociales ocurridos en la época, demostraban que con intención política acorde a las necesidades de las comunidades, la tecnología existente sería suficiente para lograr mejoras significativas en la salud de los usuarios (Baum, 2007).

Algunos años antes, en Latinoamérica ya se realizaban acciones sanitarias acordes a una comprensión integral de la salud. Entre éstas, destaca la primera campaña exitosa de erradicación de la endemia paludismo realizada en Argentina entre los años 1946 a 1954 por Ramón Carrillo, ministro de Salud Pública de la nación, quien aplicó un sistema similar a la estrategia APS. Carrillo, afirmaba en estos años que *“la medicina no solo debe curar a enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar de que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida”* (Saforcada, De Lellis & Mozobancyk, 2010, pp.48).

En este contexto, surge la necesidad de consensuar a nivel internacional planteamientos para la atención sanitaria, que apunten a lograr mayores niveles de

salud de las personas. Con este objetivo, se realiza en 1978 la Conferencia Internacional Alma-Ata, llevada a cabo en la Unión Soviética y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La Conferencia contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y un gran número de organizaciones no gubernamentales. Fue un hito histórico para los equipos de salud a nivel mundial y hasta el día de hoy tiene repercusiones en los sistemas de salud (OMS, 1978).

Los acuerdos tomados en la Conferencia (OMS, 1978), marcan el inicio de una nueva forma de comprender la salud a nivel mundial. En ella, se conceptualiza la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, definición correspondiente al paradigma biopsicosocial, que implica abandonar el antiguo paradigma que consideraba únicamente los aspectos biológicos de la salud. Además, se concibe indispensable la promoción y protección de la salud de las comunidades para lograr un desarrollo económico y social sostenido, pues ambas acciones contribuyen a mejorar la calidad de la vida de las personas. En esta instancia, se plantea como objetivo que para el año 2000, todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Sumado a lo anterior, se valida como estrategia la implementación de la Atención Primaria, para lograr mejoras en el nivel de salud de los pueblos y se incita a las naciones a aplicarla.

En la Conferencia de Alma-Ata, se define la APS como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”* (OMS, 1978, pp.3-4). Debe ser parte de los sistemas nacionales de salud, constituyéndose como el primer nivel de contacto de los individuos al sistema, y cumple el rol de llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde se encuentran las personas, familias y comunidades (OMS, 1978).

La Conferencia de Alma Ata, amplió el concepto de salud, implicó para las naciones la consideración de la promoción y prevención y relevó el valor de la APS. A

pesar de su importancia, los últimos años se han realizado diversas críticas a los planteamientos acordados, principalmente pues el gran objetivo “Salud para todos en el año 2000” no se cumplió (Chan, 2008). Con respecto a esto, el año 2008, la OMS en su Informe “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”, afirma que las dificultades para lograr los objetivos planteados en 1978, tienen relación con la implementación y no con los principios planteados, pues los valores centrales de la Declaración de Alma Ata siguen siendo válidos.

Actualmente, se plantea que los países con una atención primaria fortalecida presentan una mejor situación de salud y menores gastos en esta área (Rojas et al., 2011; Starfield, 1992) y se mantiene vigente en el discurso de salud a nivel mundial que la APS es una estrategia que debe ser fortalecida para lograr una salud más equitativa y justa para todos.

3.2.- Repensando la gestión del sistema de salud en Chile

En Chile, desde el año 1990, con la vuelta a la democracia se realizan importantes cambios en salud en las áreas técnica, administrativa y financiera. El fin último de estas transformaciones era lograr una mejora en el nivel de salud de la población, y para esto, se plantearon acciones coherentes con los postulados de la Declaración de Alma Ata, como lo es fortalecer la APS dentro de la red asistencial e impulsar una comprensión biopsicosocial de la salud. Para esto, en 1993 se elabora un marco conceptual sobre la APS aplicado a la realidad nacional, con el objetivo que los equipos de salud conozcan y reflexionen acerca de la meta a alcanzar y puedan diseñar estrategias locales eficientes y pertinentes con estos lineamientos (Ministerio de Salud [Minsal], 2013).

En 1995, se promulga la ley 19.378, que establece el estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal. En ésta, se especifica que *“los establecimientos municipales de atención primaria de salud corresponden a los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro que los administren en virtud de convenios celebrados con ellas”* (ley 19.378, Artículo 2º, ¶ 1). La principal relevancia de esta nueva ley es que en ella se definen los centros de APS, otorgando un sustento legal a este nivel de resolución.

El año 2000, como respuesta a los cambios epidemiológicos y las inequidades no resueltas del sector salud, se realiza la Reforma de Salud. Entre sus principales objetivos se encuentran priorizar una política sanitaria con énfasis preventivo; disminuir la brecha de inequidad de la salud entre los sectores socioeconómicos más altos y los más vulnerables, como también entre los sectores rurales y urbanos; y garantizar oportunidad, calidad y protección financiera a problemas de salud con alto impacto sanitario (Infante & Paraje, 2010).

La Reforma de Salud, implicó diversos cambios para el sistema sanitario chileno, entre ellos, la implementación del Modelo Integral, el cual se presenta como la base del sistema de salud del país en todos sus niveles de resolución (Alarcón, Torres & Barna, 2012). Específicamente en el nivel primario, el Modelo Integral pone énfasis en la promoción y prevención de la salud, apunta a fortalecer la APS dentro de la red asistencial (Minsal, 2008), y orienta el trabajo que realizan los equipos asistenciales en todas sus aristas, por tanto, los nuevos lineamientos propuestos en la Reforma han repercutido directamente en la ejecución del trabajo asistencial.

Además de los cambios para los equipos de APS, particularmente los equipos de salud mental, han experimentado otras modificaciones de gestión y políticas públicas los últimos 20 años, acordes a la especificidad de su rol, que serán expuestos a continuación con la finalidad de conocer en mayor profundidad la situación de los psicólogos en APS.

3.3- Psicólogos en Atención Primaria de Salud

La incorporación de los psicólogos a los equipos de APS comienza paulatinamente a mediados de la década de los '90, siendo los últimos profesionales en integrarse a los equipos de salud mental. Según el informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile (WHO, 2006), desde el año 1999 se observa un importante aumento de psicólogos en la atención primaria. Este año se registraban aproximadamente 180 centros con este recurso profesional, cifra que al año 2005, aumenta a 540, que equivale al 75% de los centros APS del país.

A pesar que la entrada de estos profesionales se inicia en los años 90', recién el año 2010 se definen las actividades que deben realizar en estos centros, las cuales

fueron plasmadas en el último Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud, 2010).

Actualmente, en todos los establecimientos de resolución primaria se realizan prestaciones de salud mental y psiquiatría, que varían de acuerdo a las prioridades locales. A nivel nacional, las principales estrategias de salud mental en APS son: implementar el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría; contar con un profesional Jefe de Programa de Salud Mental y Psiquiatría; realizar consultorías de Salud Mental, con el objetivo que el equipo de salud mental reciba información y adquiera o fortalezca habilidades para realizar las acciones del Programa; y por último, incorporar a psicólogos en los Centros de Salud Familiar y Consultorios Generales Urbanos, debiendo existir al menos un psicólogo jornada completa en estos centros (Ministerio de Salud, 2010).

3.4.- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario

Como se ha explicitado previamente, el Modelo Integral se ha instalado en el sistema sanitario chileno, acorde a las nuevas políticas públicas del país, y coherente a los planteamientos internacionales expuestos desde 1978. En el presente apartado, se hará referencia en primer lugar a los conceptos modelo y modelo de atención en salud; luego, se expone información teórica relevante para la comprensión del Modelo Integral plasmada en los documentos oficiales publicados; y finalmente, se presentará información recabada acerca de la aplicación del modelo en la práctica.

Con respecto al concepto modelo, Le Moigne, lo define como *“un instrumento para comprender e intervenir, para planificar y crear futuro, que pone el énfasis en la exploración intelectual que conduce a la acción destacando cómo deberían ser las cosas y lo que se debería hacer”* (en Martínez, 2006; p.12). En las Ciencias Sociales contemporáneas, se comprende que un modelo es útil para lograr un mayor acercamiento a la experiencia concreta y se caracteriza por ser dinámico, pues se va reestructurando acorde a la práctica (Martínez, 2006).

Específicamente, un modelo de atención de salud hace referencia al modo que las instituciones sanitarias formales enfrentan y abordan el proceso salud-enfermedad (Hidalgo, 1999 citado en Alarcón, Torres & Barna, 2012). Es el elemento central de la

estrategia sanitaria de una nación, define la relación del sistema de salud con la población y con otras instituciones, y de éste se deriva la forma de organizar los recursos sanitarios y el modo como se relacionan los diferentes elementos del sistema sanitario para la atención de la población usuaria (Alarcón, Torres & Barna, 2012). El modelo de atención, es un elemento transversal en el sistema de salud, por tanto, tiene repercusiones directas en la forma como se realiza el trabajo de los equipos asistenciales y gestores (Servicio de Salud Metropolitano Sur, 2008).

Se entenderá que el Modelo Integral, cuenta con las características descritas de los conceptos modelo y modelo de atención de salud. Además, particularmente se caracteriza por otorgar relevancia a la promoción de estilos de vida saludables y factores protectores, fortaleciendo la responsabilidad de las familias y comunidades para obtener mejores condiciones de salud. Esto implica incorporar acciones de promoción y prevención en los centros de atención primaria, siendo fundamental para evitar que los usuarios lleguen al sistema de salud con problemas de complejidad mayor.

En el último documento publicado por el Ministerio de Salud “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” (Minsal, 2013) se define el modelo como:

“Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer incluido el intersector y la existencia de sistemas de salud indígena” (Minsal, 2013 pp. 12-13).

El modelo se plantea como integral, haciendo referencia a que el proceso salud enfermedad está determinado por las distintas áreas de la vida de los individuos, como

lo son las variables psicológicas, sociales, culturales y ambientales (Minsal, 2008). Esta línea teórica es coherente con el enfoque biopsicosocial planteado por George Engel, enfoque que es considerado parte del Modelo Integral y plantea que para comprender los determinantes de una enfermedad y otorgar servicios de salud adecuados a la población, se debe considerar al paciente, el contexto social en el cual vive, y los sistemas sociales que permiten hacer frente a los efectos disruptivos de la enfermedad, por tanto, los conocimientos y herramientas utilizados por los equipos de salud deben incorporar aspectos sociales, psicológicos y biológicos (Engel, 1977).

Por otra parte, el Modelo Integral incorpora el enfoque familiar, que implica entender a la familia como el contexto social primario para promover y mejorar los niveles de salud de los individuos; e incorpora el enfoque comunitario, reconociendo la importancia de la participación social y del trabajo intersectorial con las comunidades, apuntando a disminuir la desigualdad y proveer servicios acordes a las expectativas de la población, que corresponden a objetivos sanitarios de la década (Minsal, 2013).

Como parte del desarrollo teórico, se establecen tres principios irrenunciables que sustentan al Modelo Integral, los cuales son: “Centrado en las personas”, “Integralidad de la atención” y “Continuidad del cuidado”. Éstos, operacionalizan su aplicabilidad y orientan el trabajo tanto de equipos gestores como equipos asistenciales. En el último documento publicado por el Ministerio de Salud (2013) acerca del Modelo Integral, llamado “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, se presenta la conceptualización de los principios y se explicitan los objetivos relacionados a cada uno de ellos. A continuación, se expone esta información, relevante en la presente investigación, pues es el sustento teórico de la encuesta elaborada y aplicada en este estudio.

a) Centrado en las personas

Este principio, releva considerar las necesidades y expectativas de las personas y sus familias. Para esto, se debe construir una relación entre los equipos sanitarios y las personas basada en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, considerando los derechos y deberes de las distintas personas según su rol en la red asistencial.

Los objetivos relacionados a este principio son:

- *“Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.*
- *Establecer relaciones de confianza y ayuda.*
- *Facilitar el acceso de la población a la atención de salud.*
- *Asegurar el acceso de la población a la atención de salud.*
- *Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables” (Minsal, 2013, p.14).*

b) Integralidad

La integralidad como principio, hace referencia a dos conceptos, que en la práctica asistencial son complementarios. En primer lugar, implica la atención considerando los distintos niveles de intervención, los cuales son la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos para la atención de los pacientes. En segundo lugar, implica reconocer las distintas dimensiones del continuo salud enfermedad, considerando el enfoque biopsicosocial para la comprensión de los problemas de salud.

Los objetivos relacionados a este principio son:

- *“Comprender y ampliar la mirada de las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia disponible, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud.*
- *Ayudar a las personas a reconocerse como un todo con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser.*
- *Entregar cuidado a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas” (Minsal, 2013, p.16).*

c) Continuidad del cuidado

Este principio, hace referencia a la continuidad de los distintos eventos del cuidado de la salud, considerando la perspectiva del usuario y la de los sistemas de salud. Con respecto al primer punto, implica que los usuarios del sistema de salud visualicen las prestaciones realizadas como coherentes y conectadas en el tiempo. Por otra parte, desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, hace referencia a que las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema estén coordinadas para dar cuidado del paciente. Esto implica coordinación en el mismo establecimiento o en establecimientos del mismo nivel de atención (horizontal) y entre establecimientos de otros niveles de atención de la red (vertical). A su vez, se explicita que la gestión financiera, el recurso humano, las planificaciones y gestión de mejoramiento deben estar coordinadas y ser coherentes entre sí.

El objetivo más relevante de este principio es el logro de la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:

- *“Reducir la fragmentación del cuidado asistencial.*
- *Mejorar la accesibilidad del sistema.*
- *Evitar la duplicación de infraestructura y servicios.*
- *Disminuir los costos de producción.*
- *Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.*
- *Mejorar la aceptabilidad de los Servicios de salud.*
- *Apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar.*
- *Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y la comunidad”*
(Minsal, 2013, p. 17).

3.4.1.- Aplicación del Modelo Integral y principales dificultades

En Chile, el Modelo Integral se ha ido desarrollando a lo largo de los años, implementándose de manera paulatina. Desde el año 1993, existe evidencia de equipos de salud aplicando aspectos del modelo. Este mismo año, en el documento “De Consultorio a Centro de Salud”, se plantean las bases que aún mantienen su vigencia. Cinco años más tarde, surgen los primeros Centros de Salud Familiar [CESFAM] y el año 2000, con la implementación de la Reforma de Salud, se refuerza

la aplicación del modelo como también de la atención primaria, resolviéndose el año 2001 que el modelo de atención integral es legalmente la nueva manera de atender en los centros asistenciales (Minsal, 2008).

La información acerca del modelo que ha sido expuesta en los apartados anteriores, corresponde a datos oficiales publicados por el Ministerio de Salud, que detallan principalmente los lineamientos teóricos y los datos acerca de las modificaciones en las políticas públicas para la implementación del modelo. Al realizar esta revisión, se observa carencia de información acerca de cómo se está aplicando el modelo en la práctica y cómo se ha insertado en la realidad sanitaria existente. Al examinar la bibliografía existente, se encontraron autores que hacen referencia a la aplicación del modelo en APS, principalmente enfocados a las dificultades e incoherencias que existen para aplicar la teoría en la práctica. A continuación, se presentará esta información sistematizada en función de las distintas temáticas que dificultan la aplicación. Acorde con los objetivos de la investigación, también se expondrán los datos encontrados específicamente acerca de los psicólogos y equipos de salud mental.

En relación a las dificultades para la aplicación del modelo, Montero, Téllez y Herrera (2010), señalan que la Reforma de Salud del año 2000, posiciona a la APS como un pilar fundamental del sistema de salud; sin embargo, las leyes que le dieron cuerpo, prácticamente no la consideran. Esto, principalmente, pues el sistema de garantías explícitas (GES), que se ha instaurado a partir de la Reforma, recarga sus exigencias fuertemente en los equipos de APS, siendo estos los responsables de dar respuesta al 80% del total de ellas. Esto implica que para este nivel de resolución, el cumplimiento de las garantías GES es prioridad, pues por ley deben cumplirse al 100%, en desmedro de otro tipo de actividades, como lo son las acciones de promoción y prevención, que en términos legales no tienen exigencias de ser cumplidas.

Específicamente en cuanto a salud mental, Minoletti y Zaccaria (2005), también hacen referencia a que la carencia de leyes que garantice el desarrollo y la continuidad del nuevo modelo, significa que actualmente no se resguarden pisos mínimos para la correcta ejecución del Plan de Salud Mental y Psiquiatría.

Por otra parte, una de las grandes críticas y dificultades en la situación nacional para contar con las condiciones adecuadas para la implementación del modelo es que la reforma y los cambios en el sistema de salud no se hacen cargo del problema del financiamiento de la APS a nivel nacional (Montero, Téllez & Herrera, 2010). En relación al mecanismo de financiamiento, los recursos entregados para costear las necesidades de APS, son gestionados por los municipios. En la práctica, el dinero entregado desde los servicios de salud es insuficiente, por tanto los municipios son quienes deben financiar el déficit existente, que genera diferencias en la situación de la atención primaria de las distintas comunas según la condición socioeconómica de cada una de ellas. Esta situación acentúa la inequidad, ya que generalmente las poblaciones socioeconómicas más vulnerables se encuentran en los municipios con menos recursos (Vargas & Poblete, 2006).

Además, se presenta como limitante la cantidad de recursos disponibles para financiar los centros APS. Se debe mencionar, que desde el año 2000 al 2006 se ha duplicado el presupuesto disponible para la APS, sin embargo, el crecimiento acelerado de la población nacional ha sido superior al crecimiento de la infraestructura de APS. Sumado a lo anterior, los cambios y desafíos impuestos por la reforma exigen esfuerzos mayores a este nivel (Téllez, 2006). Al respecto, Téllez (2006), explicita que en Chile se vive la paradoja que a pesar que la APS es considerada un espacio de la red fundamental para otorgar un servicio adecuado de salud a la población, es el sector donde se destinan proporcionalmente menos recursos, motivo por el cual el autor plantea que la calidad y cantidad de los recursos destinados a estos centros no son suficiente para lograr los objetivos de la reforma.

Específicamente con respecto a salud mental, Scharager y Molina (2007), plantean que la alta prevalencia de problemas de salud mental, sumada a las condiciones precarias y las necesidades de la población atendida en APS, no son cubiertas con el financiamiento que existe en la actualidad. Por otra parte, el presupuesto público destinado a salud mental el año 2012, fue inferior al que se había propuesto entregar para el año 2010, información que da cuenta que las acciones planteados por el gobierno para mejorar los problemas de salud mental no se han cumplido (Valdez & Errázuriz, 2012). Esta misma crítica, exponían Minoletti y Zaccarias el año 2005, planteando que los últimos años, los recursos disponibles para llevar a cabo el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, han sido inferiores a lo propuesto en dicho Plan.

Otra dificultad para los equipos de APS, es el déficit de recurso humano existente. Con respecto a esto, los autores Montero, Téllez y Herrera (2010), afirman que la Reforma de Salud no consideró las nuevas necesidades de recursos humanos que esta implica, siendo que éste es un factor relevante para responder a las nuevas demandas. En relación a la brecha de recursos humanos existentes, Ipinza (2004), realiza una estimación de brechas de los distintos profesionales de APS, en la cual se muestra que semanalmente existe una brecha del 77,7% de horas de psicólogos. En concordancia con esto, Martínez, Silva, Sepúlveda y Soto (2008), realizan un estudio para conocer los obstáculos percibidos por los equipos de salud mental de atención primaria en la implementación del modelo, y sus resultados arrojan que la insuficiencia de recursos humanos para aplicar el modelo es el obstáculo reconocido con mayor frecuencia por los profesionales, reportada por el 100% de la muestra.

Por otra parte, distintos autores mencionan que el recurso humano existente posee carencias de formación con respecto a los nuevos lineamientos propuestos. En relación a los profesionales de APS, Téllez (2006), plantea que éstos egresan de las universidades con una formación tradicional, no adaptada a las nuevas necesidades de atención. Con respecto a los equipos de salud mental, Minoletti y Zaccaria (2005), plantean algo similar expresando que existe insuficiente formación de los egresados de las universidades e institutos profesionales en relación con el modelo. Debido a esto, los autores afirman que una de las principales debilidades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es no haber previsto la necesidad de desarrollar el recurso humano para formar profesionales especializados en el nuevo modelo de atención. En relación al estudio de Martínez, Silva, Sepúlveda y Soto (2008), los resultados arrojan que las dificultades seleccionadas con mayor grado de obstaculización para la implementación del modelo se relacionan con el desconocimiento de los nuevos lineamientos y políticas y la carencia de capacitación.

Sumado a lo anterior, los equipos asistenciales de APS, están sometidos a demandas y responsabilidades de gran prioridad dentro de los centros que no necesariamente están asociadas a la implementación del Modelo Integral. Además del cumplimiento de las garantías explícitas (GES), para los centros de atención primaria es prioridad el aumento de cobertura y el cumplimiento de las metas sanitarias, que corresponden en su gran mayoría a intervenciones de tratamiento, pues principalmente en base a estas acciones está suscrito el financiamiento otorgado. En este contexto, la aplicación del modelo es una exigencia más, que en la mayoría de los

casos no está asociado a indicadores que incentiven su aplicación, motivo por el cual, en la práctica tiende a postergarse (Téllez, 2006).

Relacionado con esta última información, Téllez (2006), expone que la Reforma Sanitaria carece de la una mirada de APS, lo que se ve reflejado en el predominio de intervenciones individuales curativas y de tratamiento por sobre intervenciones preventivas y promocionales. Coherente con estos planteamientos, Scharager y Molina (2007), expresan como resultado de su estudio acerca del trabajo de los psicólogos en los centros de APS, que éstos dedican la mayor parte de su horario laboral a intervenciones asistenciales de atención directa e individual, en vez de actividades comunitarias. Estos hechos son contradictorios con los planteamientos del Modelo Integral y del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Finalmente, los autores Téllez, Minoletti y Zaccaria, plantean ciertas dificultades en la coordinación de la red asistencial. Con respecto al sistema de redes, la OPS (2011) afirma que la fragmentación del sistema sanitario tiene como consecuencias la ineficiencia, inequidad e ineficacia en los sistemas de salud. Para disminuir estos problemas, en Chile, se construye una red sanitaria integrada por distintos niveles de resolución, de manera que se oferte un mejor servicio de salud a la comunidad. A pesar de estos esfuerzos, en la bibliografía se describen dos problemas que dificultan la adecuada articulación de la red. En primer lugar, Téllez (2006), plantea que los incentivos al interior de la red no se encuentran alineados, razón por la cual los distintos sectores sanitarios apuntan a objetivos diferentes, lo que genera en muchas ocasiones, que el trabajo entre los distintos componentes de la red sea incoherente y menos eficiente.

En segundo lugar, existen problemas con el sistema de información, que dificulta la coordinación. En relación a esta temática, Téllez (2006), plantea la necesidad de definir políticas que regulen el sistema de información e incentiven su desarrollo. Con respecto a la particularidad de salud mental, Minoletti y Zaccaria (2005), hacen referencia al mismo problema, afirmando que el desarrollo del sistema de registro e información de salud mental es aún incipiente.

4.- Objetivos

4.1.- Objetivo General

Describir la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario y sus principios en el ejercicio profesional de los psicólogos de atención primaria de salud.

4.2.- Objetivos específicos

- ❖ Determinar si los psicólogos de atención primaria de salud consideran aplicar el Modelo Integral, reconocen su utilidad y conocen sus principios, según el grupo general, el sexo y años trabajados en APS.
- ❖ Describir la aplicación de los principios del Modelo Integral en el ejercicio profesional de los psicólogos de atención primaria según el grupo general, el sexo y años trabajados en APS.
- ❖ Explorar correlaciones existentes entre las distintas variables orientadas a medir los principios del Modelo Integral.
- ❖ Explorar que variables asociadas a los principios del Modelo Integral predicen la aplicación del modelo en el ejercicio profesional de los psicólogos de atención primaria de salud.
- ❖ Describir las dificultades identificadas por los psicólogos de atención primaria de salud para aplicar el Modelo Integral.

4.3.-Hipótesis

En la presente investigación, se realiza un análisis descriptivo, además de analizar diferencias según sexo y años trabajados de la muestra, establecer correlaciones y predicciones entre variables, de modo de conocer si estas podrían tener incidencia en los elementos estudiados. Al no existir antecedentes previos acerca de la información recabada y dado que el carácter principal de esta investigación es exploratorio descriptivo, se justifica la no presencia de hipótesis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

5.- Método

5.1.- Diseño

El presente estudio se ha realizado desde la metodología cuantitativa de la investigación. El alcance, es exploratorio-descriptivo, por una parte exploratorio, pues la aplicación del Modelo Integral en el ejercicio profesional de los psicólogos de APS es una temática que no ha sido abordado con anterioridad; y por otra, el estudio es de alcance descriptivo, pues el objetivo es describir una situación específica, analizando cómo es y cómo se manifiestan sus variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Con respecto al diseño del estudio, según la clasificación de Hernández, Fernández & Baptista (2010), la presente es una investigación no experimental transeccional descriptiva. En primer lugar, no experimental, pues se observa el fenómeno en su estado natural, sin la manipulación deliberada de variables. Por otra parte, corresponde a una investigación transeccional o transversal, pues se recolectan los datos en un tiempo único, ya que su propósito es explorar y describir una situación en un momento específico. A su vez, es descriptiva pues pretende describir la aplicación del Modelo Integral y sus principios en el ejercicio profesional de los psicólogos de APS.

5.2.- Muestra

La muestra fue constituida por psicólogos que al momento de la aplicación de la encuesta¹ se encontraban trabajando en atención primaria de salud [APS] en el ámbito de la salud mental hace por lo menos un año. Este último criterio de se debe a la necesidad que los psicólogos evaluados conozcan todas las labores que les corresponde realizar en su centro de salud. Debido a que a nivel nacional las planificaciones de actividades en los centros de salud de APS son anuales, se establece este periodo como mínimo. Acorde a los objetivos de la investigación, las variables género y edad no fueron consideradas como criterios de exclusión.

¹ Para conocer las características de la encuesta, ver apartado "Técnica de recolección de datos".

Para poder participar en el estudio, los encuestados debieron cumplir los siguientes criterios: 1) Ser psicólogo; 2) Realizar trabajo asistencial en centros de APS; 3) Tener como mínimo un año de antigüedad en APS; y 4) Haber contestado la encuesta en su totalidad.

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencionado. Pese a la dificultad de acceder a esta, se logró recolectar 97 participantes, de los cuales fueron 61 mujeres y 36 hombres. Se contó con representantes de distintos tipos de centros APS, dentro de los cuales se encuentran CESFAM, CECOSF y Centros Rurales, pertenecientes tanto a la Región Metropolitana como a otras Regiones del país².

5.3.- Técnica de recolección de datos

Los datos han sido proporcionados directamente por la muestra a través de una encuesta ad-hoc, elaborada específicamente para esta investigación a partir de la revisión bibliográfica realizada y validada a nivel de contenido por expertos y profesionales del área. Esta contempla los principios irrenunciables del Modelo Integral, y los objetivos que tiene cada uno de estos respectivamente. Estos principios son: a) Centrado en las personas; b) Integralidad de la atención; y c) Continuidad del cuidado.

Las preguntas fueron construidas a partir de los planteamientos del documento “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria” publicado por el Ministerio de Salud el año 2013 y son coherentes a los planteamientos expuestos en el apartado “Antecedentes teóricos”, de la presente investigación.

La encuesta constó de 5 preguntas demográficas y 17 ítems, de los cuales 14 eran preguntas tipo likert, destinadas a medir los principios anteriormente nombrados, y 3 preguntas cerradas para conocer acerca de la aplicación general del modelo. Además, incluyó 3 preguntas abiertas con el objetivo de proporcionar información acerca de las dificultades identificadas por los psicólogos para aplicar el Modelo Integral (Ver Encuesta en Anexo I).

² Estos datos se especifican en el apartado “Resultados”.

5.4.- Definición de las variables

En la presente investigación, 17 preguntas del cuestionario son consideradas las variables a evaluar para cumplir con los objetivos planteados. Tres de ellas, se realizaron para determinar si los psicólogos consideran aplicar el Modelo Integral, reconocen su utilidad y conocen sus principios. En la Tabla 1, se presentan estas tres variables, correspondientes a las preguntas de la encuesta, con su definición conceptual y operacional.

Tabla 1

Variables aplicación, utilidad y conocimiento de los principios del Modelo y sus respectivas definiciones conceptual y operacional

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
¿Usted considera que aplica el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional?	Aplicación del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en el ejercicio profesional del psicólogo	Pregunta cerrada, con alternativas de respuesta: a) Si b) No c) En algunas ocasiones d) No sé, no lo conozco
¿Usted considera útil aplicar el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional?	Utilidad de aplicar el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en el ejercicio profesional del psicólogo	Pregunta cerrada, con alternativas de respuesta: a) Si b) No c) En algunas ocasiones d) No sé, no lo conozco
¿Usted conoce los principios del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario?	Conocimiento de los principios del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario del psicólogo	Pregunta cerrada, con alternativas de respuesta: a) Si b) No

Por otra parte, 14 de las preguntas de la encuesta apuntaban a medir los principios irrenunciables del modelo. Cada una de estas, está asociada a uno de los objetivos de cada principio descritos en el documento “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” (Ministerio de Salud, 2013), que han sido expuestos en el apartado “Antecedentes teóricos” de la presente investigación. Del total de objetivos planteados por el Ministerio de Salud, se seleccionaron únicamente los que están relacionados con el ejercicio profesional de los psicólogos en los centros de APS. En la Tabla 2, se presentan las preguntas realizadas y se explicita la definición conceptual de cada una.

Tabla 2*Variables asociadas a los principios del Modelo y su respectiva definición conceptual*

Variable	Definición conceptual
Principio Centrado en las personas	
P1 ¿Usted puede establecer un trato de excelencia con los usuarios de salud, en cualquier espacio de contacto?	Posibilidad de establecer un trato de excelencia con los usuarios de salud, en cualquier espacio de contacto
P2 ¿Usted puede establecer una comunicación efectiva con los usuarios del sistema de salud?	Posibilidad de establecer una comunicación efectiva con los usuarios del sistema de salud
P3 ¿Le es posible respetar la dignidad y los derechos de los usuarios de salud?	Posibilidad de respetar la dignidad y los derechos de los usuarios de salud
P4 ¿Le es posible establecer una relación de confianza con los usuarios?	Posibilidad de establecer una relación de confianza con los usuarios
P5 ¿Le es posible establecer una relación de ayuda con los usuarios?	Posibilidad de establecer una relación de ayuda con los usuarios
P6 ¿Usted puede realizar acciones para facilitar el acceso a la salud de la población usuaria?	Posibilidad de realizar acciones para facilitar el acceso a la salud de la población usuaria
P7 ¿Usted puede asegurar el acceso a la atención de los grupos más vulnerables?	Posibilidad de asegurar el acceso a la atención de los grupos más vulnerables
Principio Integralidad	
P8 ¿Usted puede realizar las intervenciones apuntando a las distintas dimensiones de los problemas de salud de sus usuarios?	Posibilidad de puede realizar las intervenciones apuntando a las distintas dimensiones de los problemas de salud de sus usuarios
P9 ¿Le es posible ayudar a los usuarios a reconocerse en las distintas dimensiones de su persona?	Posibilidad de ayudar a los usuarios a reconocerse en las distintas dimensiones de su persona
P10 ¿Le es posible cuidar a los usuarios tanto con intervenciones promocionales y preventivas, como de tratamiento y rehabilitación?	Posibilidad de cuidar a los usuarios tanto con intervenciones promocionales y preventivas, como de tratamiento y rehabilitación
Principio Continuidad en el cuidado	
P11 ¿Le es posible orientar a que las distintas acciones sanitarias dirigidas a los usuarios sean coherentes y conectadas entre sí?	Posibilidad de orientar a que las distintas acciones sanitarias dirigidas a los usuarios sean coherentes y conectadas entre sí
P12 ¿Le es posible responder a las necesidades y expectativas de los usuarios de salud?	Posibilidad de responder a las necesidades y expectativas de los usuarios de salud
P13 ¿Le es posible lograr un flujo expedito entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios?	Posibilidad de lograr un flujo expedito entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios
P14 ¿Le es posible lograr un trabajo complementario entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios?	Posibilidad de lograr un trabajo complementario entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios

La definición operacional de cada una de estas variables fue una escala likert con valores de 1 a 5, donde 1 corresponde a la respuesta nunca y 5 a siempre. La confiabilidad de estas 14 preguntas fue buena (α de Cronbach = 0,87).

5.5.- Procedimiento

Previo a la aplicación de la encuesta, se solicitó a un grupo de 7 expertos y profesionales en el área evaluar el contenido de ésta, de los cuales 3 contestaron la solicitud. Para esto, se envió un documento que constó de una carta explicativa (Ver Anexo II), la encuesta preliminar, y se detalló el contenido que se deseaba medir en cada pregunta realizada. Se consultó por claridad y pertinencia de las preguntas, además, se dejó espacio para consignar sugerencias o comentarios. Realizado esto, se incorporaron las observaciones.

Para la aplicación de las 97 encuestas realizadas, se utilizó la plataforma google drive, facilitando que los psicólogos pudieran responder vía internet la encuesta auto administrada. Se envió el link por mail a todos los contactos conocidos de la investigadora y a contactos facilitados por personas con cargos de gestión en Servicios de Salud, Direcciones de Salud y Centros de APS, enviándose el link a un total de 576 psicólogos.

Además de lo anterior, se contactó a todos los centros de APS del país que se encontró e-mail de referencia en la web, enviando por este medio la información a un total de 165 centros.

5.6.- Técnica de análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el programa computacional SPSS Statistics 22, desde el cual se exploraron los datos y se analizó cada una de las variables para lograr los objetivos de la investigación.

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Se organizaron las respuestas en distribuciones de frecuencias para calcular las medidas de tendencia central, la dispersión de cada variable y los porcentajes de cada respuesta. Luego de esto, se realizaron análisis estadísticos. En primer lugar, se ocupó la prueba Kolmogorov-

Smirnov para conocer si las variables cumplían con el principio de normalidad. Debido a que todas las variables de distribuyeron de manera anormal, se aplican pruebas no paramétricas. Se utilizaron las pruebas U de Mann Whitney y H de Kruskal Willis para comparar medias, por sexo y por años trabajados en APS de cada variable respectivamente. Se aplicó Chi cuadrado, para comparar las respuestas de hombres y mujeres en variables categóricas. Únicamente para el análisis de la diferencia de edad según sexo de los participantes, se utilizó la prueba paramétrica *t* de student, asumiendo que ambas son variables que se distribuyen normalmente en la población. Se utilizó Rho de Spearman para realizar correlaciones entre variables, y finalmente se aplicó regresión logística binaria para conocer si alguna de las variables orientadas a medir los principios del modelo predice que los psicólogos respondan aplicar el modelo en su ejercicio profesional. Para éste análisis se utilizó el método “pasos hacia adelante”, pues este permite conocer diferentes modelos con finalidad predictiva, introduciendo las variables independientes que poseen coeficientes de regresión estadísticamente más significativos (Berlanga-Silvente & Vilà-Baños, 2014).

En el caso de las preguntas abiertas, se utilizó la metodología de análisis de contenido. Esta se define como *“una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”* (Krippendorff, 1990; p. 28).

5.7.- Aspectos éticos

Previo a responder la encuesta, se informa a través de una carta a los participantes las características del estudio y su finalidad (Ver Anexo III). En ésta, se comunica el compromiso de la autora de mantener absoluta confidencialidad con la información entregada, garantizando que la investigación no pone en riesgo la privacidad de los participantes. Además, para los interesados se compromete enviar los resultados de la investigación una vez finalizado el estudio.

De esta forma, a cada encuestado se le comunicó la información necesaria para que estos pudieran decidir voluntariamente y de manera responsable si deseaban participar en la investigación.

6.- Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en la presente investigación. En primer lugar, se expondrá la caracterización de la muestra, en base a la información reportada por los individuos en las primeras preguntas del cuestionario. En segundo lugar, se presentan los resultados acerca de la aplicación del Modelo Integral, su utilidad y el conocimiento de los principios. Luego de esto, se plantean los resultados en relación a cada uno de los principios del Modelo, y la relación que existe entre estas variables. Y finalmente se presentan las dificultades para aplicar el Modelo Integral, correspondiente a los resultados cualitativos de la investigación arrojados por las 3 preguntas abiertas.

6.1.- Caracterización de la muestra

La muestra fue constituida por 97 psicólogos, de los cuales 61 eran mujeres, representando al 62,8% del total, y 36 hombres, correspondientes al 37,1%. Con respecto a la edad de los encuestados, la media fue de 34 años ($DS=5,37$), con un mínimo de 26 y un máximo de 52 años. El grupo se concentraba principalmente entre los 26 y 35 años, correspondiente al 70% de la muestra; entre los 36 y 45 años se encontró el 25,7%; y un grupo menor entre los 46 y 52 años, correspondiente al 4,1% de la muestra. No se encontraron diferencias significativas entre las medias de edad por sexo ($t=0,88$, $p=0,377$).

En cuanto al centro de APS al que pertenecen los encuestados, el 88,7% trabaja en Cefam, el 5,2% en Cecosf, el 4,1% en Centros Rurales y un 2,1% reporta trabajar en otro tipo de centros de APS. En la Tabla 3, se muestra la distribución de participantes de acuerdo al sexo y al tipo de centro de trabajo.

Tabla 3*Distribución de participantes por sexo y tipo de centro de trabajo.*

Sexo	Centro de trabajo APS				Total
	Cesfam	Cecosf	Rural	Otros	%
Mujer	88,5% n=54	4,9% n=3	4,9% n=3	1,6% n=1	100% n=61
Hombre	88,9% n=32	5,6% n=2	2,8% n=1	2,8% n=1	100% n=36
Total	88,7% n=86	5,2% n=5	4,1% n=4	2,1% n=2	100% n=97

En relación a la zona geográfica donde trabajan los psicólogos, la mayor parte de la muestra trabaja en centros ubicados en la Región Metropolitana, correspondiendo este grupo a un 70,1%, mientras que el 29,9% de los encuestados trabajan en centros ubicados en otras regiones del país. Con respecto a los psicólogos de la Región Metropolitana, se cuenta con participantes de todos los Servicios de Salud de la región. La mayor concentración se observa en los Servicios Metropolitano Sur y Metropolitano Sur Oriente, cada uno con 17,5% de la muestra total. Por otra parte, un 11,3% de los participantes trabajan en centros del Servicio Metropolitano Norte, seguido por el Servicio Metropolitano Oriente que concentra al 10% del total. Un menor porcentaje se encuentra en el Servicio Metropolitano Central, con un 8,2% de los participantes y en el Servicio Metropolitano Occidente, con el 5,2%. En la Tabla 4, se muestra la distribución de los encuestados de acuerdo al sexo y a la ubicación de su centro de trabajo.

Tabla 4*Distribución de participantes por sexo y ubicación del centro de trabajo*

Sexo	Servicio al que corresponde el centro de trabajo						Otras Regiones	Total %
	Región Metropolitana							
	Norte	Occidente	Central	Oriente	Sur	Sur Oriente		
Mujer	11,5% n=7	4,9% n=3	8,2% n=5	11,5% n=7	23,0% n=14	13,1% n=8	27,9% n=17	100% n=61
Hombre	11,1% n=4	5,6% n=2	8,3% n=3	8,3% n=3	8,3% n=3	25,0% n=9	33,3% n=12	100% n=36
Total	11,3% n=11	5,2% n=5	8,2% n=8	10,3% n=10	17,5% n=17	17,5% n=17	29,9% n=29	100% n=97

En relación a los años trabajados en APS, la media fue 5,8 (DS=3,76), el mínimo fue 1 año y el máximo 18. Al realizar la comparación de medias entre hombres ($x=4,22$, DS=2,89) y mujeres ($x= 6,82$, DS=3,90), se encuentra una diferencia significativa con respecto a los años trabajados en APS ($z=-3,33$, $p> 0,05$), siendo las mujeres quienes presentan una media mayor de años en comparación con los hombres.

Con el objetivo de ordenar la información acerca de los años trabajados en APS y poder realizar análisis al respecto, se agrupó la muestra en intervalos por años. El grupo 1, corresponde a los psicólogos que llevan entre 1 y 5 años de antigüedad en APS, en este, se encuentra el mayor número de participantes, concentrando al 49,5% del total de la muestra; el grupo 2, corresponde a los participantes que han trabajado entre 6 y 10 años en APS, que concentra al 39,2% del total; y por último, el grupo 3, corresponde a los participantes que han trabajado 11 años o más, equivalente al 11,3% de la muestra. En la Tabla 5, se puede observar la distribución de la muestra en relación al sexo y a los años de trabajo en APS.

Tabla 5
Distribución de participantes por sexo y años trabajados en APS

Sexo	Años trabajados en APS			Total Nº
	Grupo 1 1 a 5 años	Grupo 2 6 a 10 años	Grupo 3 11 años y más	
Mujer	36,1% $n=22$	47,5% $n=29$	16,4% $n=10$	100% $n=61$
Hombre	72,2% $n=26$	25,0% $n=9$	2,8% $n=1$	100% $n=36$
Total	49,5% $n=48$	39,2% $n=38$	11,3% $n=11$	100% $n=97$

6.2.- Aplicación del Modelo Integral, utilidad y conocimiento de los principios

La encuesta utilizada, incluía tres preguntas generales acerca de la aplicación del Modelo. A continuación se describen los resultados de estas preguntas.

En primer lugar, se consulta a los psicólogos si aplican el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional. La mayor parte de la muestra

responde “En algunas ocasiones”, optando por esta alternativa el 53,6% del total. Por otra parte, el 40,2% responde que aplica el modelo y solo un 6,2% de los encuestados responde no aplicarlo. En la Figura 1, se grafica esta información y se detallan las respuestas distribuidas por sexo.

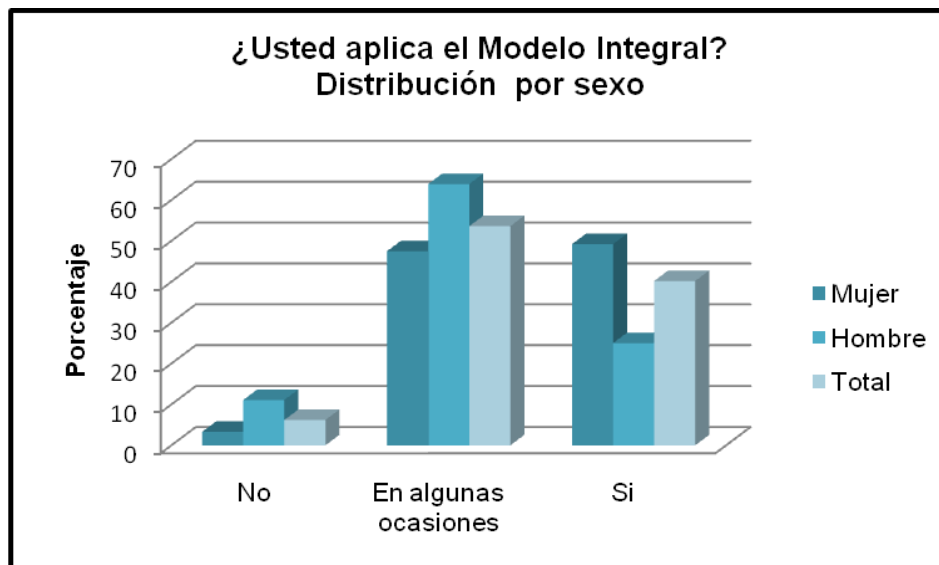


Figura 1. Respuestas ¿Usted aplica el Modelo Integral? del grupo total y según sexo

Al analizar si existe asociación significativa entre las respuestas de esta pregunta y el sexo de los participantes, se encuentra que las respuestas difieren en función de esta variable $\chi^2 (1, n=97)=5,50, p<0,05$. En el caso de las mujeres, el 49,2% reporta aplicar el modelo, mientras que solo el 25% de los hombres optan por esta opción. Se debe precisar que para realizar esta prueba, fue necesario agrupar las opciones “No” y “En algunas ocasiones” como una sola respuesta, dado que la primera opción contenía un número de respuestas menor a la aceptada para utilizar Chi cuadrado.

Con respecto a los porcentajes calculados por años trabajados en APS, el grupo 3, que corresponde a los psicólogos con 11 años o más trabajando en APS, presenta el mayor porcentaje de participantes que reporta aplicar el Modelo Integral, optando por esta respuesta, el 54,5% de éste. En el grupo 2, que corresponde a los psicólogos trabajando entre 6 a 10 años en APS, se observa que un porcentaje menor considera aplicar el Modelo, respondiendo de manera afirmativa el 42,1%. Por último, del grupo de psicólogos trabajando entre 1 a 5 años en APS, el 35,4% refiere aplicar el Modelo. En la Figura 2, se puede observar esta información graficada.

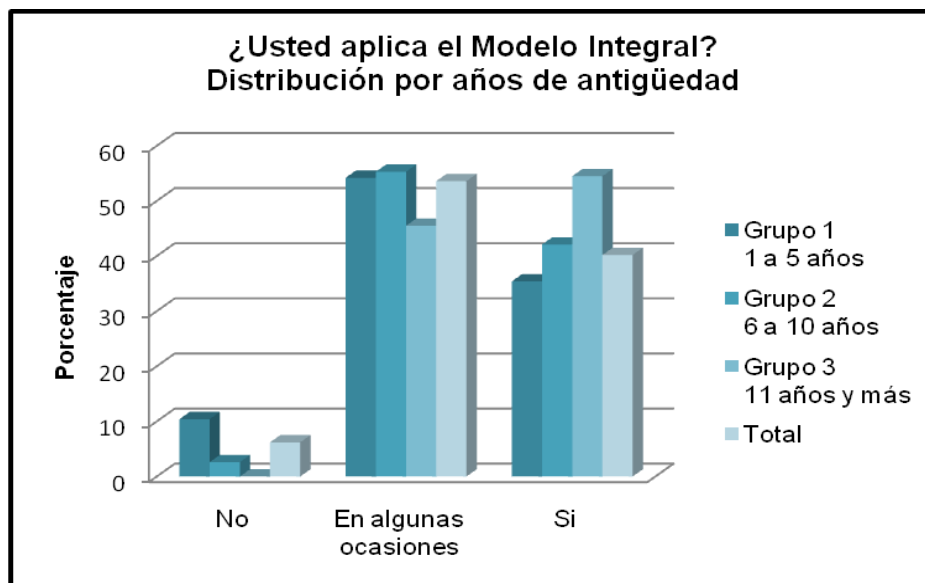


Figura 2. Respuestas ¿Usted aplica el Modelo Integral? del grupo total y según años de antigüedad.

No fue posible conocer si existía asociación significativa entre las respuestas de esta pregunta y los años trabajados en APS, pues no se contaba con los requisitos mínimos para aplicar la prueba Chi cuadrado.

En segundo lugar, se consulta a los psicólogos si consideran útil aplicar el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional, a lo que el 81,4% responde “Si”, concentrando esta respuesta a la mayoría de la muestra. El 14,4% responde “En algunas ocasiones” y solo el 4,1% responde no considerar útil su aplicación.

En cuanto a los porcentajes diferenciados por sexo, se observan datos similares en hombres y mujeres. Para el caso de esta pregunta, el 83,3% de los hombres consideran útil aplicar el modelo, mientras el 80,3% de las mujeres opta por esta opción. Esta información, junto con los porcentajes del total de la muestra se grafican en la Figura 3. Al analizar la asociación entre las repuestas de esta pregunta y el sexo de los participantes, no se encontraron diferencias significativas $\chi^2(1, n=97)=0,13, p>0,05$. Al igual que en la pregunta anterior, para realizar este análisis, se agruparon las opciones “No” y “En algunas ocasiones” como una sola respuesta, de forma que se cumpliera con los requisitos para utilizar la prueba.

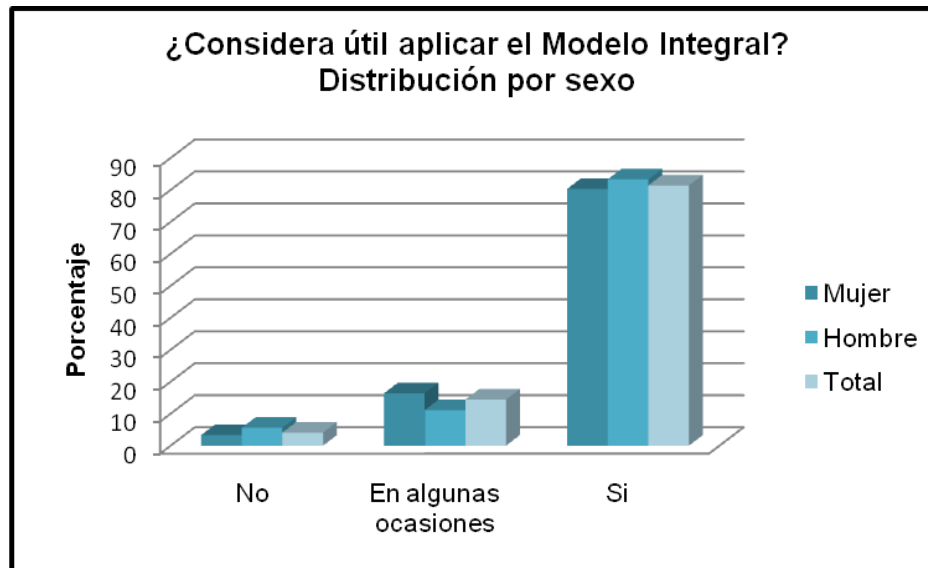


Figura 3. Respuestas ¿Considera útil aplicar el Modelo Integral? del grupo total y según sexo.

Con respecto a los porcentajes de años trabajados en APS, se observa que el grupo 3 tiene un mayor porcentaje de psicólogos que reportan útil aplicar el Modelo Integral, optando por esta respuesta el 90,9% de ellos. En el grupo 2, se observa un porcentaje menor de psicólogos que elige esta respuesta, respondiendo un 89,5% a esta pregunta de manera afirmativa. Por último, del grupo 1, el 72,9% refiere aplicar el Modelo, presentando el porcentaje más bajo de los tres grupos. En la Figura 4, se puede observar esta información graficada.

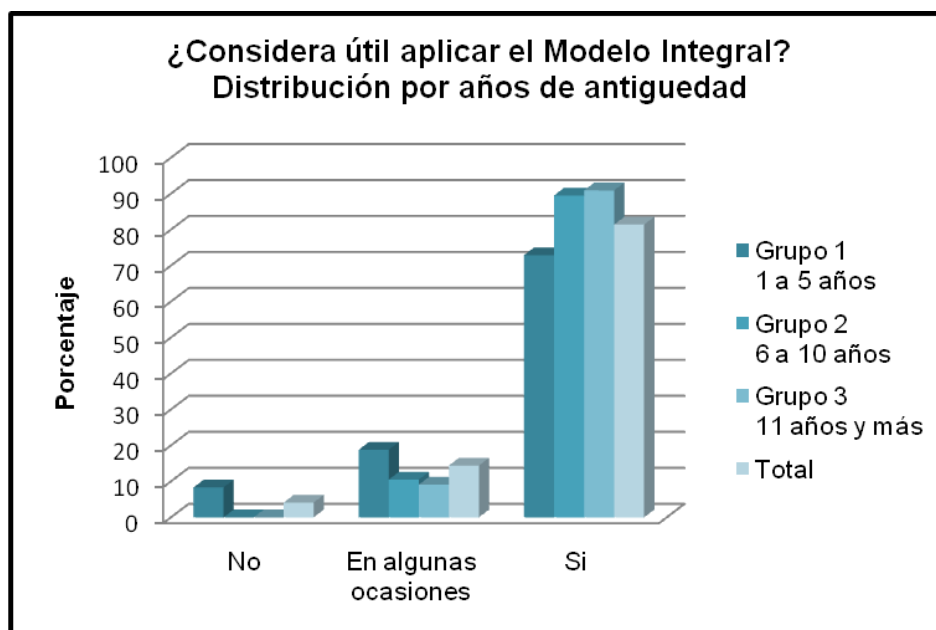


Figura 4. Respuestas ¿Considera útil aplicar el Modelo Integral? del grupo total y según años de antigüedad.

No fue posible conocer si existía asociación entre las respuestas de esta pregunta y los años trabajados en APS, pues no se contaban con los requisitos mínimos para aplicar la prueba Chi cuadrado.

Finalmente, se consulta a los participantes si conocen los principios del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, a lo que el total de la muestra ($n=97$) reporta conocerlos.

6.3.- Aplicación de los principios del Modelo Integral

A continuación, se describen los resultados de las preguntas acerca de la aplicación de los principios del Modelo Integral. En primer lugar, se expone la información descriptiva de cada pregunta. Además, se detallará la media y desviación típica por sexo y por años trabajados en APS. Luego, se presentará información acerca de la diferencia entre las medias de hombres y mujeres y entre los años trabajados en APS.

En la encuesta, se realizaron 14 preguntas tipo likert relacionadas a los principios del Modelo, siendo 1 el puntaje mínimo y 5 el máximo. En la Tabla 6, se detalla la media, desviación típica, puntaje mínimo y máximo obtenido en cada una de estas preguntas, especificando el principio al cual pertenece.

Tabla 6*Resultados de preguntas relacionadas a los principios del Modelo Integral*

Pregunta	Media	Desviación típica	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Principio “Centrado en las personas”	4,03	0,88	1	5
P1 ¿Usted puede establecer un trato de excelencia con los usuarios de salud, en cualquier espacio de contacto?	4,10	0,83	2	5
P2 ¿Usted puede establecer una comunicación efectiva con los usuarios del sistema de salud?	4,09	0,73	2	5
P3 ¿Le es posible respetar la dignidad y los derechos de los usuarios de salud?	4,37	0,85	1	5
P4 ¿Le es posible establecer una relación de confianza con los usuarios?	4,40	0,65	2	5
P5 ¿Le es posible establecer una relación de ayuda con los usuarios?	4,15	0,65	2	5
P6 ¿Usted puede realizar acciones para facilitar el acceso a la salud de la población usuaria?	3,86	0,82	1	5
P7 ¿Usted puede asegurar el acceso a la atención de los grupos más vulnerables?	3,25	1,05	1	5
Principio “Integralidad”	3,59	0,85	1	5
P8 ¿Usted puede realizar las intervenciones apuntando a las distintas dimensiones de los problemas de salud de sus usuarios?	3,55	0,89	1	5
P9 ¿Le es posible ayudar a los usuarios a reconocerse en las distintas dimensiones de su persona?	3,69	0,78	2	5
P10 ¿Le es posible cuidar a los usuarios tanto con intervenciones promocionales y preventivas, como de tratamiento y rehabilitación?	3,54	0,87	1	5
Principio “Continuidad en el cuidado”	3,27	0,84	1	5
P11 En su trabajo, ¿le es posible orientar a que las distintas acciones sanitarias dirigidas a los usuarios sean coherentes y conectadas entre sí?	3,58	0,92	1	5
P12 ¿Le es posible responder a las necesidades y expectativas de los usuarios de salud?	3,34	0,67	2	5
P13 ¿Le es posible lograr un flujo expedito entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios?	2,97	0,80	1	5
P14 ¿Le es posible lograr un trabajo complementario entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios?	3,21	0,85	2	5

Respecto a la Tabla 6, se observa que las medias más altas se encuentran en el principio “Centrado en las personas”, siendo las preguntas P3, P4 y P5 las que presentan los puntajes más altos de toda la encuesta. Por otra parte, la media general de este principio es 4,03 (DS= 0,88), siendo el que presenta la media más alta de los tres.

En relación al principio “Integralidad”, se realizaron tres preguntas, que presentaron medias similares entre sí. Al analizar las respuestas, se observa una media general del principio de 3,59 (DS= 0,85).

Por último, en el principio “Continuidad en el cuidado” se encuentran las medias con menor puntaje, destacando las preguntas P12, P13 y P14, que corresponden respectivamente a las más bajas de la encuesta. Al analizar las respuestas, se obtiene una media total de 3,27 (DS= 0,84), siendo el principio con promedio más bajo de los tres.

A continuación, se presentará la media y desviación típica de cada pregunta según el sexo de los participantes. En la Tabla 7, se pueden observar estos datos.

Tabla 7

Tabla media y desviación típica según sexo de los participantes

Preguntas	Promedio		Desviación Típica	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
P1	3,86	4,25	0,93	0,74
P2	3,89	4,21	0,78	0,68
P3	4,58	4,25	0,69	0,92
P4	4,42	4,39	0,69	0,64
P5	3,94	4,28	0,58	0,66
P6	3,78	3,90	0,79	0,85
P7	3,17	3,30	0,97	1,10
P8	3,36	3,66	0,83	0,91
P9	3,67	3,70	0,71	0,82
P10	3,47	3,57	0,87	0,88
P11	3,47	3,64	0,97	0,89
P12	3,33	3,34	0,63	0,70
P13	2,92	3,00	0,87	0,77
P14	3,06	3,30	0,86	0,84

Con el objetivo de graficar esta información, en la Figura 5, se presentan estos datos, además de la media y desviación típica de la muestra total. En esta figura, es posible observar que los valores son similares en hombres y mujeres.

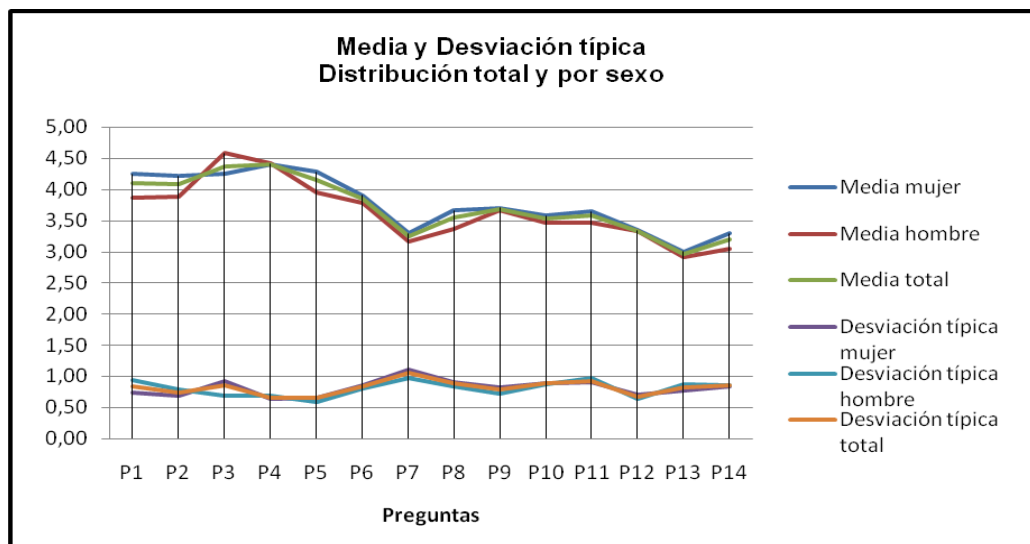


Figura 5. Media y desviación típica según sexo de los participantes.

A continuación, se presenta la media y desviación típica según los años trabajados en APS de los participantes, de acuerdo a las tres agrupaciones establecidas por años de antigüedad en APS, mencionados anteriormente en esta investigación. En la Tabla 8, se detalla esta información en relación a cada pregunta.

Tabla 8

Tabla media y desviación típica según años de antigüedad en APS de los participantes

Preguntas	Promedio			Desviación típica		
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
P1	4,13	4,13	3,91	0,89	0,77	0,83
P2	3,98	4,18	4,27	0,81	0,65	0,64
P3	4,44	4,42	3,91	0,94	0,68	0,94
P4	4,33	4,47	4,45	0,75	0,50	0,68
P5	4,08	4,26	4,09	0,71	0,55	0,70
P6	3,71	3,89	4,36	0,89	0,72	0,67
P7	3,06	3,39	3,55	1,01	1,07	1,03
P8	3,44	3,68	3,55	0,98	0,84	0,52
P9	3,71	3,71	3,55	0,77	0,76	0,93
P10	3,48	3,53	3,82	0,94	0,76	0,98
P11	3,62	3,55	3,45	0,93	0,97	0,68
P12	3,25	3,47	3,27	0,70	0,60	0,78
P13	2,83	3,08	3,18	0,90	0,67	0,75
P14	3,13	3,26	3,36	0,91	0,82	0,67

En la Figura 6, se grafica esta información, además de la media y desviación típica total de la muestra. Respecto a esta figura, se observan valores similares entre los distintos grupos, no obstante, es posible visualizar algunas diferencias en el promedio de las preguntas P3 ¿Le es posible respetar la dignidad y los derechos de los usuarios de salud?; P6 ¿Usted puede realizar acciones para facilitar el acceso a la salud de la población usuaria?; P7 ¿Usted puede asegurar el acceso a la atención de los grupos más vulnerables? y P10 ¿Le es posible cuidar a los usuarios tanto con intervenciones promocionales y preventivas, como de tratamiento y rehabilitación?; y en la desviación típica de la pregunta P8 ¿Usted puede realizar las intervenciones apuntando a las distintas dimensiones de los problemas de salud de los usuarios?

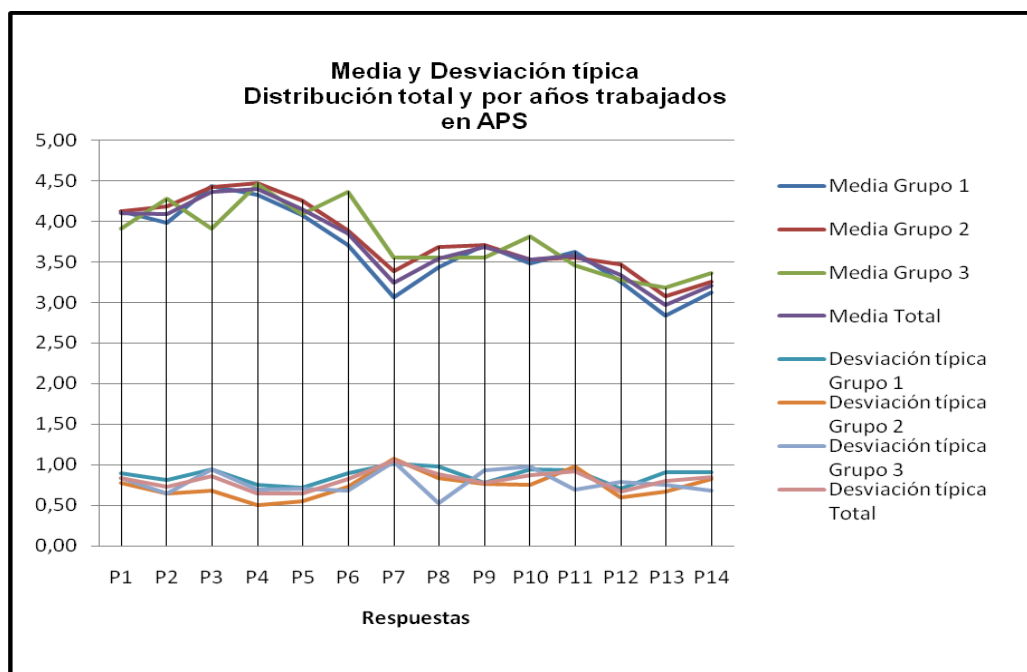


Figura 6. Media y desviación típica según años de antigüedad en APS de los participantes.

Para conocer si la diferencia de medias entre el sexo y los años trabajados eran significativas en relación a cada pregunta, se aplicaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y H de Kruskal Willis respectivamente. A continuación se presentará en la Tabla 9, los resultados obtenidos al comparar las medias según el sexo de los participantes, especificando el valor de z y de p por pregunta.

Tabla 9*Comparación de medias por sexo*

Pregunta	z	p
P1	-1,93	0,053
P2	-1,93	0,053
P3	-1,88	0,060
P4	-0,31	0,754
P5	-2,49	0,012*
P6	-0,87	0,381
P7	-0,79	0,425
P8	-1,77	0,075
P9	-0,64	0,522
P10	-0,77	0,441
P11	-0,86	0,388
P12	-0,11	0,912
P13	-0,80	0,423
P14	-1,36	0,173

*p<0,05

Respecto a la Tabla 9, se observa que no existe diferencia significativa al comparar las medias por sexo, a excepción de la pregunta P5, donde las mujeres ($x=4,28$, $DS=0,662$) resultan tener una media significativamente mayor a la de los hombres ($x=3,94$, $DS=0,583$)³, es decir, que las mujeres reportan mayor posibilidad de establecer una relación de ayuda con los usuarios que los hombres encuestados.

En relación a la diferencia de medias según años trabajados en APS, se pueden observar los resultados de χ^2 y p en la Tabla 10.

Tabla 10*Comparación de medias por años trabajados en APS*

Pregunta	χ^2	p
P1	0,95	0,620
P2	1,82	0,401
P3	4,56	0,102
P4	0,38	0,825
P5	1,34	0,509
P6	5,36	0,068
P7	3,22	0,199
P8	1,09	0,579
P9	0,21	0,897
P10	1,92	0,382
P11	0,58	0,748
P12	2,64	0,266
P13	3,58	0,167
P14	1,39	0,499

³ Para observar la media y desviación típica de cada pregunta según el sexo, revisar Tabla 7.

Al observar la Tabla 10, se puede concluir que no existe diferencia significativa entre las medias por años trabajados en APS en ninguna de las preguntas analizadas.

6.4.- Relación entre las variables estudiadas

Finalmente, con el objetivo de complementar la información recogida de la encuesta, se analiza la relación existente entre las distintas variables. En primer lugar, se realiza la correlación entre las preguntas orientadas a evaluar los principios del Modelo Integral, para lo cual se utilizó Rho de Spearman. En una segunda instancia, se analiza si alguna de estas variables predice si los psicólogos consideran que aplican del Modelo Integral. Para este último análisis se utilizó regresión logística binaria.

Al evaluar la correlación existente entre las variables mencionadas, se observa que gran parte de éstas se correlacionan de manera positiva y significativa en mayor o menor intensidad⁴. Del total de correlaciones obtenidas, solo 13 de ellas no presentan una correlación significativa. Esta información se puede observar en la Tabla 11, donde se detalla la información por cada una de las variables.

Tabla 11

Matriz de correlaciones entre preguntas asociadas a los principios del Modelo Integral.

P13														0,64**												
P12														0,50**	0,42**											
P11														0,46**	0,41**	0,30**										
P10														0,41**	0,40**	0,17	0,32**									
P9														0,50**	0,38**	0,34**	0,28**	0,32**								
P8														0,48**	0,41**	0,34**	0,38**	0,22*	0,29**							
P7														0,51**	0,40**	0,27**	0,34**	0,36**	0,43**	0,41**						
P6														0,44**	0,42**	0,10	0,22*	0,18	0,24*	0,24*	0,14					
P5														0,29**	0,28**	0,26*	0,18	0,18	0,22*	0,24*	0,21*	0,25*				
P4														0,21*	0,70	0,15	0,19	0,37**	0,26**	0,12	0,27**	0,20*	0,30**			
P3														0,25*	0,21*	0,08	0,23*	0,29**	0,42**	0,36**	0,27**	0,30**	0,03	0,10		
P2														0,31**	0,35**	0,27**	0,34**	0,32**	0,22*	0,37**	0,37**	0,32**	0,37**	0,41**	0,48**	
P1														0,62**	0,31**	0,36**	0,27**	0,14	0,28**	0,27**	0,31**	0,34**	0,28**	0,26**	0,37**	0,39**
	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14													

**La correlación es significativa al nivel 0,01

* La correlación es significativa al nivel 0,05

Respecto a la intensidad, destaca una fuerte correlación entre P13, “lograr un flujo expedito entre los distintos componentes de la red asistencial” y P14, “lograr un

⁴ Para describir la intensidad de la correlación existente entre las variables, se utilizaron los criterios estipulados por Cohen (1988 en Aron & Aron, 2001).

trabajo complementario entre los distintos componentes de la red asistencial” ($R=0,649$, $p<0,01$). Por otra parte, se observa una correlación fuerte entre P1, “establecer un trato de excelencia con los usuarios” y P2, “establecer una comunicación efectiva con los usuarios” ($R=0,626$, $p<0,01$).

Finalmente, se analizó en qué medida las variables orientadas a medir los principios predicen que los psicólogos respondan aplicar el Modelo Integral en su ejercicio profesional. Con dicho fin, se generó un modelo de regresión lineal logística binaria dado el nivel categórico de medición de la variable dependiente. Se debe precisar que para realizar esta prueba, fue necesario agrupar las opciones “No” y “En algunas ocasiones” como una sola categoría, dado que la primera opción obtuvo un número de respuestas menor al aceptado para realizar análisis multinomial. Se utilizó el método “por pasos hacia adelante”, donde la variable dependiente corresponde a la pregunta “¿Usted considera que aplica el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional?” y las variables independientes fueron las 14 preguntas orientadas a medir los principios del modelo.

De las variables independientes analizadas, cuatro fueron seleccionadas por ser estadísticamente significativas para predecir la variable independiente. Estas corresponden a P1, ¿Usted puede establecer un trato de excelencia con los usuarios de salud, en cualquier espacio de contacto? ($\beta=1,29$, $p<0,05$), P4 ¿Le es posible establecer una relación de confianza con los usuarios? ($\beta=-1,12$, $p<0,05$), P5 ¿Le es posible establecer una relación de ayuda con los usuarios? ($\beta=1,40$, $p<0,05$) y P10 ¿Le es posible cuidar a los usuarios tanto con intervenciones promocionales y preventivas, como de tratamiento y rehabilitación? ($\beta=0,98$, $p<0,05$).

El modelo que contempla estas 4 variables, es significativo (prueba ómnibus: $X^2 = 36,52$; $gl = 4$; $p = 0,00$), y respecto al R cuadrado de Cox y Snell, posee un valor de 0,31 que indica que el 31% de la variación de la variable dependiente es explicada por las 4 variables incluidas en el modelo. Por su parte, el R cuadrado de Nagelkerke que corresponde a una versión corregida de la R cuadrado de Cox y Snell, indica que las variables incluidas estarían explicando un 42,4% de la variación de la variable dependiente. Por tanto, el valor que otorguen los psicólogos a estas 4 preguntas (P1, P4, P5 y P10), podrían predecir el 42% de la respuesta acerca de la aplicación del modelo integral en el ejercicio profesional de los psicólogos de APS.

6.5.- Dificultades identificadas para aplicar el Modelo Integral: resultados cualitativos

La encuesta aplicada incluyó 3 preguntas abiertas, con el objetivo de obtener mayor información acerca de la aplicación del modelo en el ejercicio profesional de los encuestados. Estas preguntas fueron las siguientes:

- Si usted considera que no aplica el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional ¿Por qué no lo aplica?
- Si usted no considera útil aplicar el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional ¿Por qué?
- ¿Existe alguna información relevante que le gustaría comunicar acerca de la aplicación del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en el ejercicio profesional de los psicólogos?

Del análisis de contenido emergieron 5 categorías principales acerca de las dificultades para aplicar el modelo en la práctica: a) Permanencia del modelo biomédico; b) Demanda del Servicio de Salud; c) Falta de recursos para una adecuada aplicación del modelo; d) Falta de conexión con otros espacios de la red asistencial; e) Falta de coordinación del equipo de salud. A continuación, se describirán cada una de estas categorías y en las Tablas 12, 13, 14, 15 y 16 se presentarán citas textuales en base a cada una de estas.

a) Permanencia del Modelo Biomédico:

Los encuestados refieren que el modelo biomédico aún persiste en el sistema sanitario, lo que va en contraposición a una adecuada aplicación del Modelo de Salud Integral. Destacan frases como *“el modelo médico se impone”* o *“el modelo biomédico, que es el que prima, pesa mucho a todo nivel”*.

Los psicólogos plantean que existen profesionales de salud de APS que se resisten a realizar el cambio del modelo médico al modelo integral, centrándose únicamente en las enfermedades, dejando fuera otro tipo de variables como las sociales, culturales o psicológicas. Esta crítica, se realiza principalmente a profesionales que no tienen formación humanista.

Por otra parte, se hace referencia a que la aplicación del modelo en ocasiones se comprende exclusivamente como la utilización de técnicas o estrategias comunitarias o participativas, sin embargo, esto no necesariamente implica un cambio de visión epistemológica. Por este motivo, en muchas ocasiones las acciones realizadas en los Centros de APS no son coherentes entre sí, pues se utilizan técnicas asociadas al Modelo Integral, pero no desde un paradigma biopsicosocial.

Tabla 12

Citas textuales seleccionadas de la categoría "Permanencia del Modelo Biomédico"

Categoría a: Permanencia del Modelo Biomédico
<i>"(...) Los servicios de salud están centrados en un modelo biomédico que solo perpetúan la atención farmacológico asistencial y dificultan la aplicación de cualquier modelo integral".</i>
<i>"Es importante tener en cuenta que el peso del modelo biomédico es el que prima a todo nivel, por lo tanto, la implementación real del modelo en ocasiones se vuelve poco real".</i>
<i>"Aún persiste una marcada visión biomédica para abordar las problemáticas de los usuarios de servicios de salud en los trabajadores de los Cesfam, por lo tanto, poder ver e intervenir desde un enfoque psicosocial, comunitario, se ve dificultado dada esta visión o enfoque individual y centrado en la enfermedad".</i>
<i>"El modelo biomédico sigue fuertemente arraigado aunque no lo queramos reconocer".</i>
<i>"(...) ha sido difícil que otros profesionales de la salud adopten esta misma forma de trabajar en la salud de las personas, manteniendo un modelo biomédico, con dificultades para integrar todos los aspectos del usuario que atendemos"</i>
<i>"(...) falta de apropiación del modelo por parte de los funcionarios en especial enfermeras que siguen trabajando según el modelo anterior, aunque tengan capacitación respecto del Modelo de Salud Familiar".</i>
<i>"La resistencia de los equipos biomédicos dificulta el desarrollo del modelo salud familiar en los Cesfam"</i>
<i>"(...) En otras palabras están las técnicas y las estrategias pero no existe una visión, una mirada epistemológica a la base respecto del modelo de salud familiar".</i>

b) Demanda del Servicio de Salud

Los encuestados refieren que la demanda de los Servicios hacia los centros de salud no es coherente con la visión del Modelo Integral. Esta crítica se enfoca principalmente en la exigencia del cumplimiento de metas sanitarias, que evalúan la cantidad de atención, ya sea número de pacientes ingresados o número de intervenciones en vez de enfocarse en la calidad de ésta, *"se siguen cumpliendo*

metas por diagnósticos, o problemas de salud, por lo tanto, se privilegia la atención individual antes que la preventiva o de promoción”.

Lo anterior implica que ciertas actividades quedan fuera de la agenda del psicólogo, *“se dificulta la salida del box”*. Por esto *“se requiere que el psicólogo cuente con una mayor diversidad de actividades que sean aprobadas y apoyadas desde los servicios de salud”* para poder hacer coherente su trabajo con el Modelo Integral.

Tabla 13

Citas textuales seleccionadas de la categoría “Demanda del Servicio de Salud”

Categoría b: Demanda del Servicio de Salud

“El énfasis esta puesto en la práctica individual, de hecho las metas sanitarias están puestas en su mayoría en la atención individual y en el fomento al mayor ingreso y registro de patologías individuales”.

“Una cosa es el discurso, y otra las demandas reales que realiza el Ministerio de Salud con la exigencia de cumplimiento de metas y el calce estadístico forzado”.

“Las metas sanitarias condicionadas a dinero no tienen relación con el modelo”.

“Las metas sanitarias que aportan económicamente a los CESFAM, son metas de cantidad de la atención. Las metas IAPS (cantidad) sus criterios son de personas enfermas. Es decir, el minal paga por cantidad de personas con depresión pero no por personas en riesgo o personas sanas que continúan sanas. Lo que genera sólo un sistema enfermólogo y no preventivo y de promoción de la Salud que justamente lo que busca el Modelo Integral”.

“Existen varios factores que dificultan la plena aplicación del Modelo Integral, entre otras: las metas sanitarias apuntan a seguir trabajando en algunos temas priorizando cantidad de atención por sobre calidad”.

“La dicotomía entre salud familiar y exigencias cuantitativas de los servicios de salud dificulta el desarrollo del modelo salud familiar en los Cesfam”.

“Considero que los lineamientos del área de salud mental están usualmente más enfocados en la capacidad de atender número de usuarios que en la calidad de la atención propiamente tal”.

“Las metas son otro obstáculo para poder aplicar el modelo, ya que hay muchas metas sanitarias (de hecho el énfasis está en eso) y muy pocas metas comunitarias y también existen varias metas que con los medios existentes son simplemente inalcanzables”.

c) Falta de recursos para una adecuada aplicación del modelo

Con respecto a este punto, psicólogos exponen que *“hay condiciones básicas para poder aplicar el modelo que no están presentes”*. Por una parte, se hace referencia a la falta de recursos materiales, infraestructura y servicios que posibiliten

una adecuada aplicación, *“no están las condiciones mínimas para llevar a cabo este modelo, (dinero, recursos materiales, etc.)”, “faltan implementos para poder realizar todas las atenciones, por ejemplo, box adecuados para la atención, financiamiento para talleres comunitarios, móviles para las visitas domiciliarias, etc.”.*

Por otra parte, aparece como una dificultad el escaso recurso humano, considerando la *“realidad sobrecargada de ingresos en la salud pública”*. *“Existe poco recurso humano que permitan un trabajo óptimo según los lineamientos del modelo”*, lo que implica en la práctica, que la frecuencia entre cada atención sea menor a la que necesitan los usuarios, que el tiempo de atención en algunos centros sea de 30 minutos y que los psicólogos no alcancen a realizar todas las actividades que le corresponden, afectando la calidad de la atención.

Tabla 14

Citas textuales seleccionadas de la categoría “Falta de recursos para una adecuada aplicación del modelo”.

Categoría c: Falta de recursos para una adecuada aplicación del modelo

“Falta implementos para poder realizar todas las atenciones, por ejemplo, box adecuados para la atención, financiamiento para talleres comunitarios, móviles para las visitas domiciliarias, etc.”.

“Lamentablemente hay condiciones básicas para poder aplicar el modelo que no están presentes”.

“No están las condiciones mínimas para llevar a cabo este modelo, (dinero, capacitación, etc.) quedando sólo en demostrar concretamente que se hacen acciones aisladas para lograr acreditación necesaria”.

“Sucede que una de las dificultades que presenta el psicólogo en atención primaria es la distancia en las citas, ya que eso hace que la calidad de atención se vea disminuida”.

“Las posibilidades de dar más espacio a las actividades comunitarias es poco probable ya que generalmente lo más urgente se resuelve en el box”.

“Faltan horas psicólogo para poder realizar todas las actividades”.

“La frecuencia oportuna de la psicoterapia no se logra, puesto que la regularidad de sesiones no es la adecuada”.

“Existen pocos recursos humanos que permitan un trabajo óptimo según los lineamientos del modelo”.

“Es importante extender los horarios de atención por paciente, por que el modelo integral de salud familiar tiene como objetivo priorizar la calidad”.

d) *Falta de conexión con otros espacios de la red asistencial*

Los encuestados refieren que no existe una adecuada coordinación con otros espacios de la red asistencial y que cuentan con *“pocas instancias de trabajo con la red de salud”*. Esto implica *“descoordinaciones en el servicio prestado a los usuarios, se corre el riesgo de dejar problemáticas sin abordar o de sobre intervenir”*.

Además, afirman que *“no existe coherencia con el nivel secundario y terciario”, “el nivel de atención secundario, y el terciario más aún, mantienen la lógica medicina tradicional, y no el modelo de salud integral”*. Esta situación dificultaría un trabajo en conjunto entre los distintos espacios de la red, para otorgar un servicio coherente y coordinado a los usuarios de salud.

Por otra parte, los psicólogos plantean que *“la red no es expedita”*, lo que dificulta las interconsultas y derivaciones en los tiempos necesarios para el usuario. Esto implica que muchos casos no son resueltos en el nivel de resolución correspondiente *“y quedan esperando resolución en atención primaria”*.

Tabla 15

Citas textuales seleccionadas de la categoría “Falta de conexión con otros espacios de la red asistencial”.

Categoría d: Falta de conexión con otros espacios de la red asistencial

“Presentamos bajas posibilidades de aplicación del modelo, dado que la red no es expedita”.

“Creo que no hay coherencia con el nivel secundario y terciario”.

“Para el adecuado desarrollo se requiere un nivel de coordinación importante lo cual no siempre se consigue, más aún cuando hay muchas organizaciones que cruzan temáticas de intervención, a riesgo de sobre intervenir”.

“El nivel de atención secundario, y el terciario más aún, mantienen la lógica medicina tradicional, y no el modelo de salud familiar”.

“Otra dificultad son las pocas instancias de trabajo con la red de salud, lo que dificulta una atención más expedita y oportuna en el modelo”.

“(…) Descoordinaciones en el servicio prestado a los usuarios, se corre el riesgo de dejar problemáticas sin abordar o de sobre intervenir”.

“Existen graves deficiencias en la derivación a atención secundaria, en nuestro caso, psiquiatría adultos o infantil, no hay horas disponibles en la primera y gran demora en la atención en la segunda, lo que hace que muchos casos no sean resueltos y quedan esperando resolución en atención primaria”.

e) *Falta de coordinación del equipo de salud*

Los psicólogos refieren que es relevante el trabajo en equipo para aplicar los principios del Modelo Integral; sin embargo, no siempre es posible. En algunos casos se plantea *“falta de espacios de coordinación de los equipos para realizar intervenciones integrales, espacios de gestión de casos de riesgo”*, espacios de discusión, reuniones clínicas, pues la carencia de éstas, dificulta un trabajo interdisciplinario entre los distintos actores del equipo de salud del centro.

Por otra parte, algunos psicólogos hacen referencia a que existen ciertos espacios para coordinación interna; no obstante, no siempre les es posible asistir debido a la demanda de otras actividades laborales, lo que desarticula el trabajo en equipo.

Tabla 16

Citas textuales seleccionadas de la categoría Falta de coordinación del equipo de salud.

Categoría e: Falta de coordinación del equipo de salud
<i>“Faltan espacios de coordinación de los equipos para realizar intervenciones integrales, espacios de gestión de casos de riesgo”.</i>
<i>“Es necesario trabajar con el equipo de salud, pero casi nunca se puede”</i>
<i>“En algunos casos es difícil trabajar en equipo”.</i>
<i>“Quizás apuntar a la necesidad de estimular el tiempo y el espacio para que los distintos profesionales puedan dedicar tiempo de su trabajo diario para discutir, en reuniones clínicas, casos y bibliografía atingente para su abordaje”.</i>
<i>“El cumplimiento de todos los principios de Salud Familiar no depende de una sola persona, sino de todo el equipo de trabajo que debe trabajar en equipo y debe tener una coordinación que le permita hacerlo”.</i>
<i>“Se tiende a trabajar de manera individual y parcelada, y no como equipo de salud”.</i>
<i>“La falta de personal hace que éste deba cumplir múltiples funciones o a distintos equipos de trabajo por lo que no pueden participar de todas las reuniones de sector programadas lo que desarticula el trabajo en equipo”.</i>

7.- Discusión y Conclusiones

Con la finalidad de describir la aplicación del Modelo Integral en el ejercicio profesional de los psicólogos, en el presente estudio, se indagaron distintos aspectos relacionados con la práctica del trabajo realizado por psicólogos en atención primaria de salud. Entre ellos, se consultó si consideran aplicar el modelo, si reconocen su utilidad y conocen sus principios; por otra parte, se realizaron preguntas acerca de la aplicación de los principios irrenunciables del modelo; y finalmente se indagó para conocer las dificultades que se identifican para aplicarlo. Además de esta información, se analizó la relación entre las variables evaluadas. A continuación, se presentará la discusión y conclusiones de los resultados en el orden expuesto, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos propuestos en esta investigación.

Respecto al primer objetivo específico, que corresponde a determinar si los psicólogos de atención primaria de salud consideran aplicar el Modelo Integral, reconocen su utilidad y conocen sus principios, según el grupo general, el sexo y años trabajados en APS, se concluye que la mayor parte de los psicólogos encuestados consideran útil aplicarlo, optando por esta respuesta el 81,4% de la muestra. A pesar que la mayoría reconoce su utilidad, solo el 40,2% responde aplicarlo, mientras el 53,6% reporta hacerlo en algunas ocasiones. Respecto a esta información, es posible hipotetizar que la mayor parte de los psicólogos consideran aplicar el modelo solo en algunas ocasiones o definitivamente no aplicarlo, debido a las dificultades existentes en sus centros, entre las cuales, los participantes reportan en las preguntas abiertas de la encuesta la permanencia del modelo biomédico, las demandas del Servicio de Salud, la falta de recursos para una adecuada aplicación del modelo, la falta de conexión con otros espacios de la red asistencial y la falta de coordinación del equipo de salud de su centro.

En relación a los resultados por sexo, existe diferencia significativa entre las respuestas de hombres y mujeres al preguntar si aplican el Modelo Integral. En el caso de las mujeres, el 49,2% reporta aplicarlo, mientras el 25% de los hombres optan por esta opción. Por otra parte, al consultar acerca de la utilidad de aplicar el modelo integral, no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

En cuanto a las respuestas por años de antigüedad en APS, se observa en el grupo de 11 años o más (grupo 3), un mayor porcentaje que considera aplicar el modelo, optando por esta alternativa el 54,5% de este grupo. Por otra parte, al preguntar acerca de la utilidad de aplicar el modelo, nuevamente el grupo de psicólogos con 11 años o más presenta el porcentaje mayor de participantes que consideran útil aplicar el modelo (90,9%). Respecto a estos resultados, es posible hipotetizar una mayor valoración del modelo por parte de los psicólogos que trabajan en APS hace más de 11 años, a diferencia de psicólogos que llevan 10 años o menos. Respecto a esto, se plantea relevante conocer si existen diferencias significativas entre grupos, pues no fue posible obtener esta información en este estudio, y estos datos permitirían realizar intervenciones focalizadas para una mejora de políticas públicas.

Por otra parte, destaca que el 100% de la muestra señala conocer los principios del Modelo. Cabe recordar, que Martínez, Silva, Sepúlveda y Soto (2008) plantean que uno de los principales obstáculos para llevar a la práctica las nuevas políticas de salud, es la carencia de conocimientos, por tanto, parece relevante indagar si efectivamente el conocimiento es un factor a mejorar para una adecuada aplicación del modelo.

En relación a los resultados del segundo objetivo específico, que corresponde a describir la aplicación de los principios del Modelo Integral en el ejercicio profesional de los psicólogos, según el grupo general, el sexo y años trabajados en APS, se observa que el principio "Centrado en las Personas", presenta mayor facilidad de ser aplicado que los otros dos. Respecto a éste, se pregunta acerca del trato otorgado a los usuarios (P1), la comunicación (P2), el grado en que se puede respetar la dignidad y los derechos de las personas (P3) y la posibilidad de establecer una relación de confianza (P4) y ayuda con los usuarios (P5). En estas cinco primeras preguntas, los psicólogos reportan que en la mayor parte de sus acciones les es posible cumplir con estos objetivos. Cabe destacar que en estas preguntas se obtuvieron las medias más altas de toda la encuesta.

Por otra parte, la mayor dificultad en la aplicación de éste primer principio se observa en las acciones para mejorar el acceso a la salud. Con respecto a esto, se pregunta acerca de la posibilidad de facilitar el acceso a la salud de la población (P6) y la posibilidad de asegurar el acceso a la atención de los grupos más vulnerables (P7),

donde se obtienen respuestas notoriamente más bajas que en las preguntas anteriores. De esto se deduce que los psicólogos tienen limitaciones para ejecutar acciones relacionadas con el acceso a la salud de la población. Esta dificultad, podría deberse a dos problemas descritos por los participantes en las preguntas abiertas, los cuales son: dificultades para salir del box de atención a espacios de la comunidad y problemas para coordinarse con otros centros de la red asistencial. En cuanto al primer punto, los psicólogos reportan que se destinan pocas horas para actividades en la comunidad, sumado a que existe falta de recursos para realizar intervenciones fuera del box. Esto implica que existen pocas instancias en que el centro se comunica con poblaciones que se encuentran fuera del sistema de salud.

En relación al segundo punto, se debe recordar que la atención primaria cumple el rol de ingresar a los usuarios al sistema de salud pública, intervenir en función de sus problemas de salud, y en caso de no tener la facultad de resolverlos, derivar al espacio de la red que corresponda, por tanto, cumple un rol fundamental en el acceso de los usuarios a los servicios correspondientes. Con respecto a esto, los psicólogos reportan tener dificultades para derivar a pacientes a otros espacios de la red asistencial, pues existen descoordinaciones y largas listas de espera, que implica que en numerosas ocasiones pacientes queden sin atención. Por lo tanto, de acuerdo a este estudio, se observan dificultades para que los psicólogos realicen acciones que apunten a mejorar este problema. Esta información es relevante, considerando que mejorar los problemas de acceso a la salud es uno de los objetivos principales de la APS (Ministerio de Salud, 2013; OMS, 1978; OMS, 2008).

Respecto al principio "Integralidad", éste apunta a reconocer al usuario como un ser complejo, considerando las distintas dimensiones de su persona, como también los distintos factores del proceso salud-enfermedad. Esta es una de las principales propuestas del enfoque biopsicosocial, adoptada por el Modelo Integral (Minsal, 2013). En torno a estos planteamientos se realizan dos preguntas en la encuesta, la primera, se enfoca en conocer si las intervenciones se realizan apuntando a las distintas dimensiones de los problemas de salud de sus usuarios (P8), es decir, en función de las variables sociales, psicológicas, biológicas, etc., y la segunda, consulta si es posible ayudar a los usuarios a reconocerse en las distintas dimensiones de su persona (P9). En ambas preguntas se obtienen resultados similares, cercanos a la media, indicando que existen ciertas dificultades para realizar intervenciones orientadas a los distintos aspectos de los seres humanos y de sus problemas de salud.

Estas respuestas, además de reflejar acciones concretas, podrían estar reflejando la forma en que los encuestados comprenden al usuario. La dificultad en observar a las personas en toda su complejidad e intervenir en función de esto, evidencia la visión de sujeto y por tanto, el paradigma desde el cual se realizan las intervenciones. Con respecto a esta problemática, los mismos psicólogos plantean que en ocasiones se actúa utilizando técnicas del Modelo Integral; sin embargo, el paradigma sigue sin ser cambiado, pues la visión del modelo biomédico se impone al modelo biopsicosocial.

Otro aspecto a analizar dentro del principio "Integralidad", es la posibilidad de realizar intervenciones promocionales, preventivas, de tratamiento y rehabilitación. Esta característica, no sólo corresponde al Modelo Integral, sino además, es parte de las funciones que tiene la APS dentro de la red asistencial (Ministerio de Salud, 2011a; OMS, 1978; OMS, 2008). En esta pregunta de la encuesta, se obtiene una media cercana al punto medio de la escala, que refleja cierta dificultad para aplicar esta característica. En relación a esto, se desprende de las preguntas abiertas que las intervenciones de tratamiento son prioritarias en las agendas debido a las exigencias de metas sanitarias centradas principalmente en este tipo de intervenciones, dejando de ser una prioridad las acciones preventivas, promocionales y comunitarias. Esta información, es coherente con los postulados de Téllez (2006), quien afirma que en APS predominan las intervenciones individuales, curativas y de tratamiento por sobre intervenciones preventivas y promocionales. Por otra parte, se condice con la información que presentan las autoras Scharager y Molina (2007), quienes expresan que los psicólogos de APS dedican la mayor parte de su horario laboral a intervenciones asistenciales de atención directa e individual, en vez de actividades comunitarias.

De acuerdo a los planteamientos de la OMS (WHO, 2007), la atención primaria de salud se entiende como el sector de la red asistencial, centrado principalmente en intervenir en un gran porcentaje de la comunidad, con acciones de promoción y prevención, entendiendo que son acciones relevantes para evitar que se generen problemas de salud que requieran de tratamiento o rehabilitación. De ser así, un número menor de la población necesitaría los servicios de la atención secundaria, y una porción aún más pequeña sería derivada a la atención terciaria. Sin embargo, la realidad reportada por los psicólogos dista de esta situación, pues se cuenta con pocas horas de psicólogos en relación a la demanda, de las cuales se prioriza el

trabajo de tratamiento, tanto por la gravedad de los casos, como por la exigencia de las metas sanitarias.

Por último, se observa que el principio “Continuidad del Cuidado”, presenta mayor dificultad para ser aplicado que los otros dos. Este principio, se enfoca principalmente en la coordinación entre los distintos componentes de la red asistencial, tanto dentro del centro, realizando un trabajo interdisciplinario con el equipo de salud, como fuera de este, con las distintas instancias de la red. Respecto al trabajo dentro del equipo de APS, los psicólogos refieren que no siempre es posible el trabajo en equipo y existe falta de instancias de coordinación y comunicación. En esta misma línea, al preguntar si le es posible orientar a que las distintas acciones sanitarias dirigidas a los usuarios sean coherentes y conectadas entre sí (P11), se obtiene un promedio cercano al punto medio de la escala, lo que refleja dificultad para lograr un trabajo en equipo dentro del mismo centro de salud.

En relación a la coordinación con otros componentes de la red asistencial, se realizan dos preguntas, que son las que obtienen los puntajes más bajos de toda la encuesta. Esto indica, dificultades para contar con un flujo expedito (P13) y para realizar un trabajo complementario entre los distintos establecimientos de la red (P14). Sumado a lo anterior, los psicólogos expresan en las preguntas abiertas de la encuesta que en otros espacios de la red no se cuenta con la mirada del Modelo Integral, lo que vuelve incoherente las distintas acciones de salud ofertadas a los usuarios. Esto pone de manifiesto la importancia de promover la aplicación del modelo en toda la red, de modo que las intervenciones de los distintos espacios se encuentren alineadas bajo un mismo paradigma, que permita una adecuada coordinación para resolver los problemas de salud de los usuarios. Este último punto, concuerda con los planteamientos encontrados en la bibliografía de los autores Téllez (2006) y Minoletti y Zaccaria (2005), quienes afirman que existen dificultades en la coordinación de los distintos componentes de la red asistencial.

Además de la información expuesta, para responder al segundo objetivo específico planteado, se analizó las diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres, y entre psicólogos según cantidad de años trabajando en APS por cada una de las preguntas realizadas. A excepción de la variable P5, correspondiente a la pregunta “¿Le es posible establecer una relación de ayuda con los usuarios?”, donde resultó una diferencia significativa entre las medias de hombres y mujeres, las

respuestas de los diversos grupos no difieren significativamente, por lo que se observa una situación homogénea entre las distintas poblaciones analizadas.

Por otra parte, se analizó la relación entre las variables evaluadas, correspondiente al tercer y cuarto objetivo específico de este estudio. Respecto a las correlaciones entre las variables orientadas a evaluar la aplicación de los principios, se observa que la mayor parte de las variables están correlacionadas significativamente y de manera positiva. En relación a la intensidad, destacan dos correlaciones, en primer lugar, entre la variable P13, ¿Le es posible lograr un flujo expedito entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios? y P14, ¿Le es posible lograr un trabajo complementario entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios?, ambas variables pertenecientes al principio “Continuidad del cuidado” y a su vez, ambas orientadas a conocer la relación y coordinación existente entre el profesional encuestado y los distintos componentes de la red asistencial, por tanto, es coherente presenciar una alta correlación entre ambas variables. Se observa a su vez, una correlación fuerte entre P1 ¿Usted puede establecer un trato de excelencia con los usuarios de salud, en cualquier espacio de contacto? y P2 ¿Usted puede establecer una comunicación efectiva con los usuarios del sistema de salud?, ambas pertenecientes al principio “Centrado en las personas” y asociadas a la relación interpersonal entre psicólogo y usuario.

En cuanto al cuarto objetivo de la investigación, que corresponde a determinar que variables asociadas a los principios predicen que los psicólogos consideren aplicar el modelo, fueron seleccionadas cuatro variables por ser estadísticamente significativas para establecer un modelo de predicción, las cuales son P1 ¿Usted puede establecer un trato de excelencia con los usuarios de salud en cualquier espacio de contacto?, P4 ¿Le es posible establecer una relación de confianza con los usuarios?, P5 ¿Le es posible establecer una relación de ayuda con los usuarios? Y finalmente P10 ¿Le es posible cuidar a los usuarios tanto con intervenciones promocionales y preventivas, como de tratamiento y rehabilitación? De estas cuatro variables, P1, P4 y P5, tienen en común que corresponden al principio, “Centrado en las personas” y que miden distintos aspectos de la relación interpersonal entre el psicólogo y usuario, por tanto, parecería ser que las características de la relación entre psicólogo y paciente, influyen en que el psicólogo considere aplicar el modelo en su ejercicio profesional. Por otra parte, también existiría una asociación entre la

posibilidad de realizar intervenciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y considerar que se aplica el modelo.

En cuanto al último objetivo específico, que corresponde a conocer las dificultades identificadas por los psicólogos de APS para aplicar el Modelo Integral, se desprendieron 5 categorías principales del análisis cualitativo, las cuales son: permanencia del modelo biomédico; demandas del Servicio de Salud; falta de recursos para una adecuada aplicación del modelo; falta de conexión con otros espacios de la red asistencial; y falta de coordinación del equipo de salud. Cada una de estas categorías engloba distintas dificultades, que hacen referencia principalmente a condiciones asociadas a la gestión de los equipos de salud, ya sea a nivel local, como es la gestión del centro de salud y la gestión municipal, o a niveles más amplios, como lo es la gestión realizada por los Servicios y por el Ministerio de Salud. Esta información es coherente con los antecedentes teóricos encontrados.

Con respecto a la gestión local, se identifican dificultades como falta de horas destinadas a la comunicación y discusión de los equipos, tiempo insuficiente para acciones de promoción y prevención, y tiempo reducido para la atención de cada paciente. Como ha sido expuesto anteriormente, la información acerca del tiempo destinado a la promoción y prevención, es coherente con los planteamientos de Téllez (2006) y Scharager y Molina (2007) encontrados en la bibliografía. Estos resultados, además se contrastan con la pregunta de la encuesta referida a la integralidad de las intervenciones (pregunta P10), que obtuvo una puntuación cercana al punto medio de la escala, evidenciando dificultades para realizar acciones de promoción y prevención.

Por otra parte, se describen dificultades relacionadas con la gestión de los Servicios y del Ministerio de Salud, entre las cuales se encuentra la exigencia de metas sanitarias, la falta de recursos entregados para ejecutar el modelo y la falta de políticas que promuevan su aplicación en todos los niveles de resolución de la red asistencial. En cuanto a las dos primeras problemáticas, existe concordancia con los planteamientos de Téllez (2006), quien afirma que los equipos sanitarios tienen exigencias que van en desmedro de la aplicación del modelo integral, dentro de las cuales se encuentran las metas sanitarias, asociadas a los recursos que se le entrega a cada centro. A su vez, plantea que la calidad y cantidad de los recursos destinados a APS no son suficientes para lograr los objetivos de la Reforma de Salud. En relación a estos mismos resultados, el déficit de recurso humano es una problemática que

plantean los psicólogos y a la cual hacen referencia distintos autores, como lo son Ipinza (2004), Martínez, Silva, Sepúlveda y Soto (2008), Montero, Téllez y Herrera (2010), quienes afirman que existe déficit de recurso humano en los centros de atención primaria a nivel nacional.

Las dificultades asociadas a la gestión de los equipos de salud, ya sea a nivel local, como nacional no solo dificultan la aplicación del modelo, sino además, evidencian lineamientos y directrices incoherentes con los objetivos que tiene este, lo que refleja la existencia de políticas públicas que no se encuentran vinculadas entre sí.

Luego de la discusión de los resultados recientemente expuesta, es posible concluir que en la presente investigación, se han cumplido los objetivos propuestos, lográndose explorar y describir la aplicación del Modelo Integral de los psicólogos encuestados.

Dentro de las limitaciones de este estudio, cabe señalar que los datos obtenidos en esta investigación no son representativos ni pueden ser extrapolados a todos los psicólogos del país, debido al tipo de diseño utilizado y número de sujetos participantes. Ésta, fue elegida en función de los limitados recursos humanos, económicos, y de tiempo disponibles para realizar esta investigación.

Otra de las limitaciones existentes, fue que no existe un instrumento para medir la aplicación del Modelo Integral en equipos de APS, razón por la cual en el presente estudio se construyó una encuesta para cumplir con los objetivos propuestos. Ésta, fue validada en términos de contenido y demostró buena confiabilidad respecto a las preguntas concernientes a los principios, sin embargo, no se constituye como un instrumento con validación estadística.

Con respecto a posibles líneas de investigación, se propone realizar estudios en profundidad acerca de la gestión de la salud y los aspectos que dificultan un adecuado servicio de salud para la población. Esto permitiría apuntar a políticas públicas en salud que sean coherentes entre sí, como también, coherentes con el trabajo realizado por los equipos asistenciales. Además de lo anterior, se propone obtener información de otros actores de la salud relevantes, como son los equipos gestores, o los usuarios, que complementarían la información entregada por profesionales pertenecientes a equipos asistenciales.

Para finalizar, es posible plantear que el cambio del modelo de salud en un país, es un proceso complejo por la cantidad de factores influyentes y actores involucrados. Sin embargo, actualmente han pasado más de 10 años desde la aplicación del modelo y aún existen dificultades básicas para que los equipos asistenciales puedan ejecutarlo en su trabajo diariamente. Esto refleja la necesidad de generar investigaciones que aporten información para realizar las mejoras correspondientes. Este estudio contribuye como un primer acercamiento, no obstante, se espera que existan nuevas iniciativas que posibiliten avanzar aún más en el fin último de esta memoria que corresponde a generar aportes para el logro de una justa y equitativa atención de la salud.

8.- Referencias

- Alarcón, A., Torres, A. & Barna, R. (2012). La Atención Primaria en Salud, Nuevos Enfoques y Perspectivas. Hallazgos desde un Programa de Formación y Capacitación. *Revista Iberoamericana de Estudios Municipales*, 6, 31-60.
- Aron, A. & Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Buenos Aires: Pearson Education.
- Baum, F. (2007). ¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veintiuno. *Medicina Social*, 1, 37- 46.
- Berlanga-Silvente, V. & Vilà-Baños, R. (2014). Cómo obtener un modelo de regresión logística binaria en SPSS. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 7 (2), 105-118
- Chan, M. (2008). *Regreso a Alma-Ata*. Recuperado el 25 de febrero de 2014, de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Regreso_a_Alma_Atadra_Chan-2008.pdf
- Chile, Ministerio de Salud (2005). *Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario*. Santiago.
- Chile, Ministerio de Salud. (2008). *En el Camino a Centro de Salud Familiar*. Santiago. Extraído el 24 de julio 2013 de <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/camino.pdf>.
- Chile, Ministerio de Salud (2010). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago.
- Chile, Ministerio de Salud (2011a). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Santiago.

- Chile, Ministerio de Salud (2011b). *Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile*. Santiago. Extraído el 24 de julio 2013 de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf>
- Chile, Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Informe de política social*, capítulo salud, Extraído el 24 de julio 2013 de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_94-125.pdf
- Chile, Ministerio de Salud (2013). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Extraído el 16 de enero 2014 de <http://www.siad-sps.cl/file/download/7724>.
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Lefevre, P. & Van der Stuyft, P. (2009). Participación y empoderamiento de la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social*, 4, 127- 134.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ªed.). México, DF: McGraw-Hill Interamericana Eds.
- Infante, A. & Paraje, G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile* http://www.pnud.cl/areas/ReduccionPobreza/2012/2010_5.pdf
- Ipinza, M. (2004). Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados. *Cuadernos Medico Sociales*, 44(2), 73- 80.
- Krippendorff K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ley Nº 19.378 (2002).Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional. Extraída el 23 de julio 2013 de http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/articles-66513_recurso_1.pdf

- Martínez, V. (2006). *El Enfoque Comunitario. Estudio de sus Modelos de Base*. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales.
- Martínez, N., Silva, L., Sepúlveda, G. & Soto, K. (2008). Obstáculos percibidos por los equipos de atención primaria en la implementación del nuevo modelo comunitario en salud mental. En Quiroz, R. (Ed.), *Metodologías Cuantitativas aplicadas a la Psicología Comunitaria, cuaderno de trabajo volumen 6*. (pp. 42-58). Santiago: Programa Magíster Psicología Comunitaria, Universidad de Chile.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 18, 346-358.
- Minoletti, A., Rojas, G. & Horvitz-Lenon, M. (2012). Salud Mental en Atención Primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *CadernosSaúde Colectiva* 20, 440-447.
- Montero, J., Téllez, A. & Herrera, C. (2010). *Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos*. Santiago de Chile: Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos PUC.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra. Recuperado el 25 de febrero de 2014, de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales*. Santiago de Chile.

- Rojas, M., Scharager, J., Erazo, A., Puschel, K., Mora, I. & Hidalgo, G. (2011). Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena. En Pontificia Universidad Católica de Chile (Comp.), *Concurso Políticas Públicas 2011, Propuestas para Chile* (pp. 231-266). Santiago: Compiladores.
- Saforcada, E., De Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Scharager, J. & Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22 (3), 149-159.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care. Concept, Evaluation and Policy*. Londres: Oxford University Press.
- Téllez, A. (2006). *Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud*. Santiago de Chile: Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos PUC.
- Torres, R. & Sepúlveda, R. (2001). *Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile*. En: Curso de Educación Continua en Psiquiatría y Salud Mental: 2001. Santiago, Universidad de Santiago de Chile.
- Valdés, C. & Errázuriz, P. (2012). *Salud Mental en Chile: El Paciente Pobre del Sistema de Salud*. Santiago de Chile: Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales.
- Vargas, I. (2014, enero). Reunión en División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Vargas, V. & Poblete, S. (2006). Incrementar la Equidad en Atención Primaria: Revisión de la Fórmula Per Cápita. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7 (2), 76-83.

World Health Organization (2006). *Informe Who-Aims sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. Santiago. Recuperado el 4 de mayo de 2014, de http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf

World Health Organization (2007). *The Optimal Mix of Services*. Geneva.

9.- Anexos

Anexo I

Encuesta para Psicólogos acerca de la Aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su Ejercicio Profesional (EPPAMI)

1.- Edad

2.- Sexo

3.- Años trabajando en atención primaria

4.- ¿En qué tipo de centro trabaja?

Donde desempeña su rol de psicólogo de atención primaria de salud (APS)

- Cesfam
 Cescof
 Otro: _____

5.- Comuna en la que trabaja

Donde desempeña su rol de psicólogo de atención primaria de salud (APS)

6.- ¿Usted puede establecer un trato de excelencia con los usuarios de salud, en cualquier espacio de contacto?

1 2 3 4 5

Nunca Siempre

7.- ¿Usted puede establecer una comunicación efectiva con los usuarios del sistema de salud?

1 2 3 4 5

Nunca Siempre

8.- ¿Le es posible respetar la dignidad y los derechos de los usuarios de salud?

1 2 3 4 5

Nunca Siempre

9.- ¿Le es posible establecer una relación de confianza con los usuarios?

1 2 3 4 5
Nunca Siempre

10.- ¿Le es posible establecer una relación de ayuda con los usuarios?

1 2 3 4 5
Nunca Siempre

11.- ¿Usted puede realizar acciones para facilitar el acceso a la salud de la población usuaria?

1 2 3 4 5
Nunca Siempre

12.- ¿Usted puede asegurar el acceso a la atención de los grupos más vulnerables?

1 2 3 4 5
Nunca Siempre

13.- ¿Usted puede realizar las intervenciones apuntando a las distintas dimensiones de los problemas de salud de sus usuarios?

1 2 3 4 5
Nunca Siempre

14.- ¿Le es posible ayudar a los usuarios a reconocerse en las distintas dimensiones de su persona?

1 2 3 4 5
Nunca Siempre

15.- ¿Le es posible cuidar a los usuarios tanto con intervenciones promocionales y preventivas, como de tratamiento y rehabilitación?

1 2 3 4 5
Nunca Siempre

16.- ¿Le es posible orientar a que las distintas acciones sanitarias dirigidas a los usuarios sean coherentes y conectadas entre sí?

1 2 3 4 5

Nunca Siempre

17.- ¿Le es posible responder a las necesidades y expectativas de los usuarios de salud?

1 2 3 4 5

Nunca Siempre

18.- ¿Le es posible lograr un flujo expedito entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios?

1 2 3 4 5

Nunca Siempre

19.- ¿Le es posible lograr un trabajo complementario entre los distintos componentes de la red asistencial para la adecuada atención de los usuarios?

1 2 3 4 5

Nunca Siempre

20.- ¿Usted conoce los principios del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria?

Si

No

21.- ¿Usted considera que aplica el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional?

Si

No

En algunas ocasiones

No sé, no lo conozco

22.- Si su respuesta es "No", ¿Por qué no lo aplica?

--

23.- ¿Usted considera útil aplicar el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional?

- Si
- No
- En algunas ocasiones
- No sé, no lo conozco

24.- Si su respuesta es "No", ¿Por qué no lo considera útil?

25.- ¿Existe alguna información relevante que le gustaría comunicar acerca de la aplicación del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria en el ejercicio profesional de los psicólogos?

Anexo II

Carta a jueces expertos

Santiago, Marzo 2014

Estimado/a psicólogo/a,

Mi nombre es Catalina Aravena, licenciada en Psicología de la Universidad de Chile y me dirijo a usted para solicitarle su colaboración en la investigación *“Descripción de la Aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el Ejercicio Profesional de Psicólogos de Atención Primaria de Salud: Una Aproximación Cuantitativa”*, que corresponde a mi memoria para optar al título de Psicóloga de la Universidad de Chile, guiada por la profesora Loreto Leiva.

El objetivo de la investigación es describir la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el ejercicio profesional del psicólogo de atención primaria de salud. Con la finalidad de recolectar la información, se ha realizado una encuesta que será aplicada a una muestra de psicólogos que trabajen actualmente en atención primaria en el contexto nacional.

Previo a la aplicación de la encuesta, es necesario que ésta sea revisada por jueces expertos que contribuyan en la investigación dando a conocer sus observaciones. Por esta razón me dirijo a usted, pues acorde con su línea de interés e investigación, sería beneficioso para este estudio que pudiera cumplir ese rol, siendo de utilidad sus posibles apreciaciones.

La finalidad de la encuesta es medir la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario de psicólogos de atención primaria de salud. Para esto, la autora del presente estudio se basó en la definición y en los principios planteados en el último documento del modelo publicado por el Ministerio de Salud⁵.

⁵ Ministerio de Salud (2007). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

En éste, se presentan tres principios irrenunciables, los cuales son: *centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado*. De cada principio, se desprenden objetivos a cumplir. Para efectos de esta investigación, la aplicación del modelo será entendida operacionalmente como la aplicación de los tres principios irrenunciables del modelo que se medirán en función de los objetivos respectivos a cada uno.

En el documento que usted leerá a continuación, se encuentra claramente detallado a que principio y a qué objetivo corresponde cada pregunta. En caso de que el objetivo contenga más de una idea, se realiza más de una pregunta asociada a ese objetivo. En estos casos se subraya la idea que pretende medir la pregunta, de forma que se comprenda que es lo que se quiere evaluar. Finalmente, en la última parte de la encuesta, se incorporan preguntas para conocer la percepción de los psicólogos acerca de la aplicación del modelo.

La ayuda que solicito a usted, es leer el cuestionario y responder el apartado “preguntas dirigidas al experto”, con el objetivo de que pueda evaluar y dar su opinión en cada ítem expuesto. Para facilitar al máximo la tarea requerida le haré llegar este documento en versión digital a su e-mail y en un documento impreso, de manera que pueda contestar en el formato que más le acomode. El documento lo puede enviar a mi e-mail o entregárselo directamente a la profesora Loreto Leiva en el Departamento de Psicología.

Le agradezco de antemano su tiempo y colaboración en esta investigación, en espera de su respuesta, le saluda atentamente,

Catalina Aravena Berríos
Licenciada en Psicología

Anexo III

Información a participantes

Estimado psicólogo/a,

Me dirijo a usted pues me encuentro realizando la “Encuesta para psicólogos acerca de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en su ejercicio profesional (EPPAMI)” con el objetivo de realizar mi memoria de pregrado para optar al grado de psicóloga, la cual se titula “Descripción de la Aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el Ejercicio Profesional de Psicólogos de Atención Primaria de Salud: Una Aproximación Cuantitativa”.

El documento que contestará a continuación corresponde a la encuesta EPPAMI. En este, encontrará preguntas que apuntan a lo que usted puede realizar en su ejercicio profesional, comprendiendo que hay acciones que no son posibles de realizar debido a las condiciones existentes. Conteste sólo en función de las acciones que ha podido realizar como psicólogo/a de atención primaria el último año.

La encuesta no le tomará más de 10 minutos. Sus respuestas serán completamente anónimas y solamente serán publicados los resultados generales, exclusivamente con fines investigativos.

Agradecida de su colaboración,
Saluda atentamente,

Catalina Aravena
Lic. en Psicología
Universidad de Chile