



Salud & Sociedad

E-ISSN: 0718-7475

saludysociedad@ucn.cl

Universidad Católica del Norte

Chile

MORAGA-ARANDA, CAROL; LEIVA-PEREIRA, JORGE
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR: REPRESENTACIONES SOCIALES DE
LOS FUNCIONARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Salud & Sociedad, vol. 4, núm. 2, mayo-agosto, 2013, pp. 156-167

Universidad Católica del Norte

Antofagasta, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742472004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS FUNCIONARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MODEL OF ATTENTION OF FAMILIAR HEALTH: SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE CIVIL SERVANTS OF PRIMARY CARE OF HEALTH

Recibido: 16 de Mayo del 2013 | Aceptado: 26 de Junio del 2013

CAROL MORAGA-ARANDA¹; JORGE LEIVA-PEREIRA²
(UNIVERSIDAD DE TALCA, Talca, Chile)

RESUMEN

Objetivo. Identificar las Representaciones Sociales (RS) de los funcionarios de la Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Talca en Chile acerca del Modelo de Atención de Salud Familiar. **Método.** Se contó con la participación de 105 funcionarios de la APS de distintos Centros de Salud (CES) y Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la provincia de Talca en Chile. A quienes se les administró un cuestionario con las siguientes técnicas de recolección de datos: un diferencial semántico y una técnica de asociación libre de palabras. **Resultados.** Los funcionarios de APS valoran positivamente el Modelo de Atención de Salud Familiar. En los campos de significado de los funcionarios se observa que los elementos propios de la visión Biopsicosocial no están integrados, observándose además asociaciones propias de una visión Biomédica. **Conclusiones.** Se observan brechas en la implementación del Modelo de Atención de Salud Familiar al considerar los fundamentos epistemológicos de este nuevo Modelo. Se concluye además que las técnicas de recolección de datos utilizadas son adecuadas.

PALABRAS CLAVE: Representaciones Sociales, Atención Primaria de Salud, Modelo Biomédico, Modelo Biopsicosocial.

ABSTRACT

Objective. To identify the Social Representations (RS) of the civil servants of Primary Care of Health (PCH) of Talca's commune in Chile about the Model of Attention of Familiar Health. **Method.** It was provided with the participation of 105 officials of the PCH of different Health Centers (HC) and Family Health Centers (FHC) of the province of Talca in Chile. Those who were given a questionnaire with the following data collection techniques: a semantic differential, a technique of free association of words. **Results.** The PCH officials value positively the Model of Attention of Familiar Health. In the fields of meaning of the officials it is observed that the proper elements of the Biopsychosocial vision are not integrated, being observed also proper associations of a Biomedical vision. **Conclusions.** Is observed gap in the implementation of Model Family Health Care to consider the epistemological foundations of this new model. Is concludes that the data collection techniques used are appropriate.

KEY WORDS: Social Representations, Primary Health, Biomedical Model, Biopsychosocial Model.

1. Psicóloga, Sociedad Chilena de Psicología Clínica. E-mail: cmoraga.aranda@gmail.com

2. Psicólogo, PIB San Javier. Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la medicina moderna el enfermar ha sido abordado desde dos perspectivas que coexisten, pero que no se han integrado armoniosamente en la instauración de un modelo de salud que refleje la naturaleza compleja del ser humano (Lima, 2004). Por una parte la finalidad del modelo de salud con enfoque *Biomédico* es la descripción detallada y la cuantificación del objeto de estudio basándose en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio (Lima, 2004). Por otro lado, desde el modelo de atención de salud con enfoque *Biopsicosocial*, la enfermedad tiene un sentido en función de la vida de la persona (Chile Minsal, 2009; Engel, 1977). De acuerdo a este modelo, que está a la base del Modelo de Atención de Salud Familiar, se reconoce que las personas son actores principales en su proceso de salud (Chile Minsal, 2002a).

El Modelo de Atención de Salud Familiar se debe caracterizar por: una atención centrada en las personas, énfasis en lo promocional y preventivo, enfoque familiar, integral, participación social, intersectorialidad, calidad, uso de tecnologías apropiadas y gestión de las personas. Donde de acuerdo al Ministerio de Salud Chileno (MINSAL) el cambio debe ser paulatino, ya que se busca alcanzar un cambio cultural a partir del cambio de las prácticas (Chile Minsal, 1999; Chile Minsal, 2002a).

Las dimensiones consideradas por el MINSAL para determinar el grado en que la APS cumple con un modelo de atención de calidad (Harzheim, Starfield, Rajmil, Álvarez & Stein, 2006; Macinko, Almeida & Klingelhoefer, 2007), son: *accesibilidad, contacto de puerta de entrada, continuidad, centrado en la comunidad, centrado en la familia, amplitud, y coordinación.*

Hasta la fecha los cambios realizados a partir de este cambio de modelo han sido evaluados, mayoritariamente, registrando el avance de las acciones que se han llevado a cabo y no consideran suficientemente la percepción, creencias y opiniones de los actores involucrados (Chile Minsal, 2007; Oliva & Hidalgo, 2004). Esto último sería más congruente con el nuevo modelo y permitiría conocer cuánto se ha logrado del antes citado “cambio de cultura” buscado (Chile Minsal, 1999; Chile Minsal, 2002a).

Una forma de estudiar cómo este cambio de modelo está transformando efectivamente la práctica de los funcionarios de la APS, es conociendo sus representaciones sociales (RS) sobre el nuevo modelo. Las RS son un modo de conocimiento compartido y construido desde lo social, que poseen una orientación práctica y están enfocadas a la construcción de la realidad común de un grupo social (Araya, 2002; Cárdenas 2008; Cardenas & Blanco, 2004; Esparza, 2003). La práctica de los funcionarios de salud ofrece el escenario para la estructuración de toda una serie creencias acerca del modelo que van a determinar la forma en que los funcionarios actúan en su trabajo.

Las características que se atribuyen a los contenidos y a los procesos de las RS, van a estar determinadas por las condiciones en las que surgen, por cómo se comunican, y las funciones a las que sirven dentro de la interacción con los demás (Moscovici, 1986). Entonces, por un lado las RS se definen por un contenido, sea éste opiniones o actitudes, que se relacionan con un objeto, como una tarea a realizar. Mientras que por otro lado, las RS pueden definirse como las que presenta un sujeto en relación con otro sujeto, ya sea un individuo, un grupo, etc. (Moscovici, 1986).

Plantearse cuál es la relación entre las RS y las prácticas es un problema importante, dado que las RS son consideradas como una forma práctica de

conocer que se relaciona con lo que la gente hace. Básicamente los sujetos construyen su conocimiento cotidiano a partir de sus experiencias con los otros y con su entorno. Observándose que hay un efecto de la representación social sobre las prácticas (Esparza, 2003; Rodrigues, Andrade & Marques, 2001).

La presente investigación tiene por objetivo identificar si efectivamente las RS de los funcionarios de los CESFAM de la ciudad de Talca son acordes a los planteamientos del modelo de atención de salud con enfoque Biopsicosocial.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de este estudio es de tipo no experimental, transversal y descriptivo.

Para identificar las RS del Modelo de Atención de Salud Familiar de los funcionarios de APS, se llevó a cabo primeramente una revisión bibliográfica que permitió identificar los elementos para la definición de las siguientes técnicas de recolección: a) una escala de diferencial semántico considerando las dimensiones de la APS, y b) una técnica de asociación libre de palabras a partir de los elementos centrales del Modelo de Salud Familiar.

La técnica de diferencial semántico, fue aplicada a una muestra piloto de 88 funcionarios de APS de la provincia de Linares. La información recogida fue analizada con el programa estadístico SPSS 14.0 para Windows, revisándose los estadísticos descriptivos, análisis de fiabilidad y la estructura factorial de la escala.

Posteriormente la escala de diferencial semántico y la técnica de asociación libre de palabras, fueron aplicadas a la muestra final, para lo cual se requirió de la autorización del Director del Departamento Comunal de Salud de la ciudad de Talca. La aplicación se realizó de forma

autoadministrable; se entregaron 321 cuestionarios, recuperándose 105 válidamente contestados.

La información obtenida fue analizada con el programa estadístico SPSS 14.0 para Windows, revisándose los estadísticos descriptivos referidos a los datos socio-demográficos y a los ítems de la escala de diferencial semántico, mientras que para la técnica de asociación libre de palabras se llevaron a cabo un análisis de frecuencias, y dos análisis multivariados (análisis de conglomerados jerárquicos y escalamiento multidimensional) con la finalidad de distinguir entre los diferentes elementos que constituyen los campos semánticos asociados a los conceptos presentados, así como determinar la posición en que el grupo se ubica a sí mismo en relación con los objetos analizados.

Población

El muestreo fue de tipo no probabilístico e intencional. La muestra definitiva estuvo constituida por 105 funcionarios (exceptuando administrativos y auxiliares) de los centros de salud de la comuna de Talca; el 19,2% fueron hombres y el 80,8% mujeres, siendo la edad promedio de éstos de 40,49 años (desviación típica 10,945), con edades comprendidas entre los 21 y los 63 años.

Procedimiento

El cuestionario final es constituido por un apartado para recoger los datos socio-demográficos de los participantes, una escala de diferencial semántico de 17 ítems, y 10 conceptos para la técnica de asociación libre de palabras (ver anexo 1).

La técnica de *diferencial semántico*, consiste en 17 pares de adjetivos bipolares ante el concepto "Modelo de Atención de Salud Familiar", con una escala de -3 a +3, que se agrupan en 5 factores que explican el 69,85% de la varianza en la muestra

piloto (índices de adecuación a la muestra: KMO de 0,887 y prueba de esfericidad de Bartlett $p<0,005$). El primer factor contiene 5 ítems y explica el 15,01% de la varianza y ha sido etiquetado como *Centrado en el Usuario*; el segundo factor contiene 4 ítems y explica el 14,77% de la varianza y ha sido etiquetado como *Permanencia*; el tercer factor contiene 3 ítems y explica el 14,47% de la varianza y ha sido etiquetado como *Calidad de la Atención*; el cuarto factor contiene 3 ítems y explica el 13,78% de la varianza y ha sido etiquetado como *Integración*; y el quinto factor contiene 2 ítems y explica el 11,8% de la varianza y ha sido etiquetado como *Accesibilidad*.

En la técnica de asociación libre de palabras, se utilizó un total de 10 palabras estímulo, que fueron: Usuario, Promoción, Prevención, Familia, Biopsicosocial, Participación, Intersectorialidad, Desempeño, Tecnología y Funcionario, ante las cuales los sujetos debieron señalar la mayor cantidad de palabras que asociaron a cada una de ellas (Cárdenas 2008; Cárdenas & Blanco, 2004).

De la asociación libre de palabras se obtuvo un total de 4.177 palabras, lo cual equivale a 39,78 términos por persona, y que suponen un promedio de 3,97 términos por estímulo. Calculándose para el total de términos la frecuencia de aparición para cada palabra estímulo. Dichos términos fueron sometidos a tratamiento para ser cuantificados, así lo que se hizo fue crear un diccionario de los significados asociados a cada estímulo. El diccionario se generó siguiendo las reglas del análisis de contenido (Cárdenas 2008). Se redujo el número de términos a 882, indicándose la presencia o ausencia del término en cada una de las 10 palabras estímulos mediante la asignación de 1 y 0 respectivamente, conformándose de esta manera una matriz binaria a partir de la cual se utilizaron análisis multivariantes; llevándose a cabo los análisis de conglomerados jerárquicos y

el escalamiento multidimensional (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999).

Para el análisis de conglomerados jerárquicos se escogió la medida de distancias y el método de aglomeración para proceder de modo jerárquico, para generar un rango completo de soluciones cluster (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999). La matriz de distancias se realizó sobre medidas de similaridad para datos binarios, las que evalúan el grado de proximidad existente entre dos elementos expresados de forma dicotómica.

Para el escalamiento multidimensional, que permite llevar las distancias obtenidas a un espacio de baja dimensionalidad (dos dimensiones) representándose las proximidades entre objetos como distancias entre puntos en un espacio bidimensional (mapa) (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999), se consideraron los índices de ajuste Stress y RSQ (Corrales, 2006; Villalobos-Pérez, 2008).

RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos mediante la escala de diferencial semántico, se observan en la Tabla 1 las medias de respuesta y su respectiva desviación típica, donde las puntuaciones positivas remiten al segundo adjetivo de cada par, y a mayor puntuación se supondrá mayor fuerza en la dirección señalada por el signo.

En la figura 1, se muestra la media obtenida para los 5 factores derivados de los 17 pares de adjetivos.

Con respecto al análisis de conglomerados jerárquicos, el primer elemento a considerar es la matriz de distancias (ver tabla 2), la cual contiene las distancias existentes entre cada una de las 10 variables y todas las restantes de la muestra, cuyos valores fluctúan entre -1 y 1 donde cifras cercanas a 1 indican mayor cercanía y similitud.

TABLA 1.
Estadísticos descriptivos de los ítems.

	N	Media	Desv. típ.
Inaccesible-Accesible	104	1,23	1,436
Ausente-Presente	103	1,23	1,293
Discriminador-Integrador	105	1,49	1,563
Cerrado-Abierto	105	1,54	1,455
Discontinuo-Continuo	104	1,24	1,663
Pasivo-Activo	101	1,59	1,423
Unidimensional-Multidimensional	102	1,73	1,212
Provisorio-Permanente	104	1,62	1,272
Excluyente-Participativo	105	1,71	1,246
Desunido-Unido	105	1,24	1,497
Atochado-Expedito	104	,41	1,738
Inestable-Estable	104	1,11	1,588
Despreocupado-Preocupado	105	1,70	1,178
Lento-Rápido	104	,48	1,701
Transitorio-Duradero	103	1,43	1,280
Momentáneo-Perdurante	102	1,61	1,236
Desinteresado-Interesado	101	1,66	1,298

FIGURA 1.
Gráfico puntajes medios para cada factor.

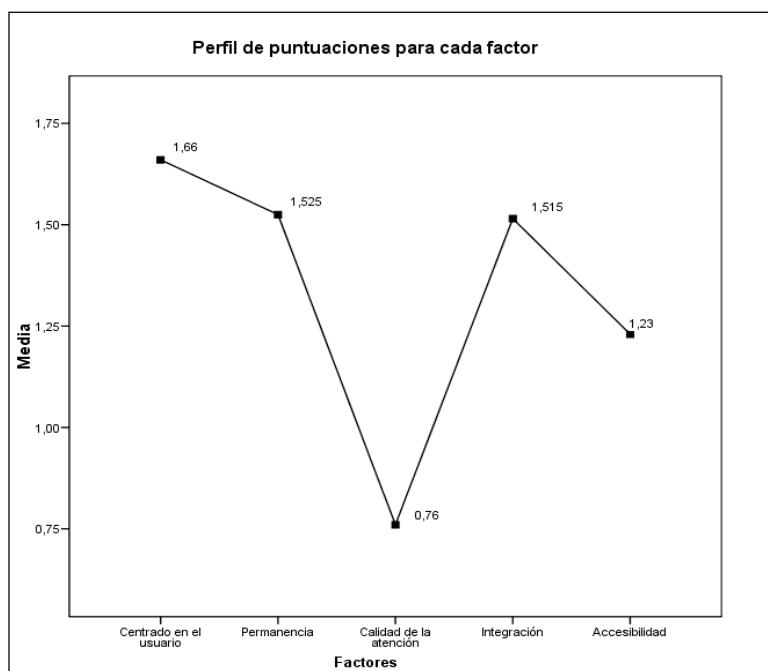


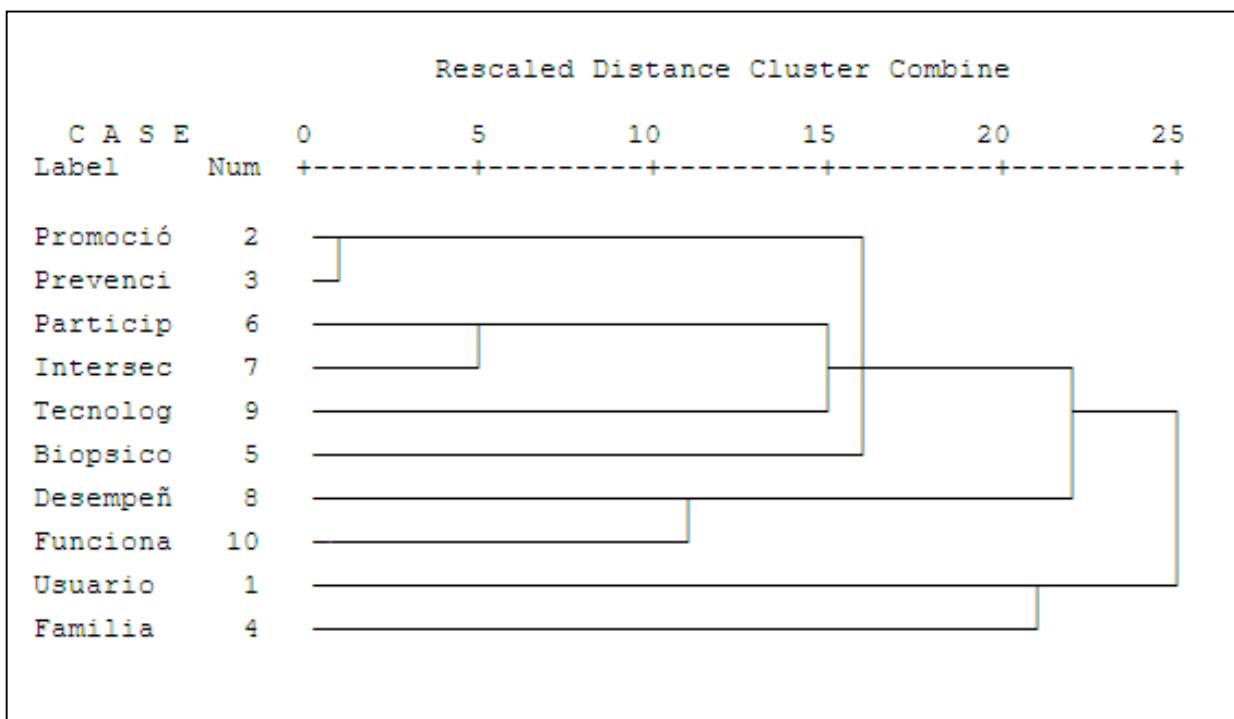
TABLA 2.
Matriz de distancias para las 10 palabras estímulo.

Caso	Archivo matricial de entrada									
	Usuario	Promoci	Prevenc	Familia	Biopsic	Particip	Intersec	Desem	Tecnolo	Funcion
Usuario	1,000	-,011	,019	,039	-,035	,038	-,049	-,051	-,081	,031
Promoci		1,000	,260	-,024	,075	,158	,063	,096	,132	-,030
Prevenc			1,000	,060	,121	,126	,054	,078	,054	,011
Familia				1,000	,015	,036	,012	-,017	-,044	,014
Biopsic					1,000	,102	,095	-,019	,083	-,012
Particip						1,000	,215	,101	,104	,123
Intersec							1,000	,024	,111	-,001
Desem								1,000	,067	,149
Tecnolo									1,000	-,002
Funcion										1,000

En el dendograma (figura 2) se pueden observar tres grandes polos de significado (campos semánticos), agrupando el primero los términos *Promoción* y *Prevención*, así como *Participación* e *Intersectorialidad* con una alta homogeneidad, junto con los

términos *Tecnología* y *Biopsicosocial*. En tanto que el segundo y tercer conglomerado están conformados por los términos *Desempeño* y *Funcionario*, y *Usuario* y *Familia* respectivamente, presentando éste último la mayor heterogeneidad observada.

FIGURA 2.
Dendograma Análisis de Conglomerados Jerárquicos.



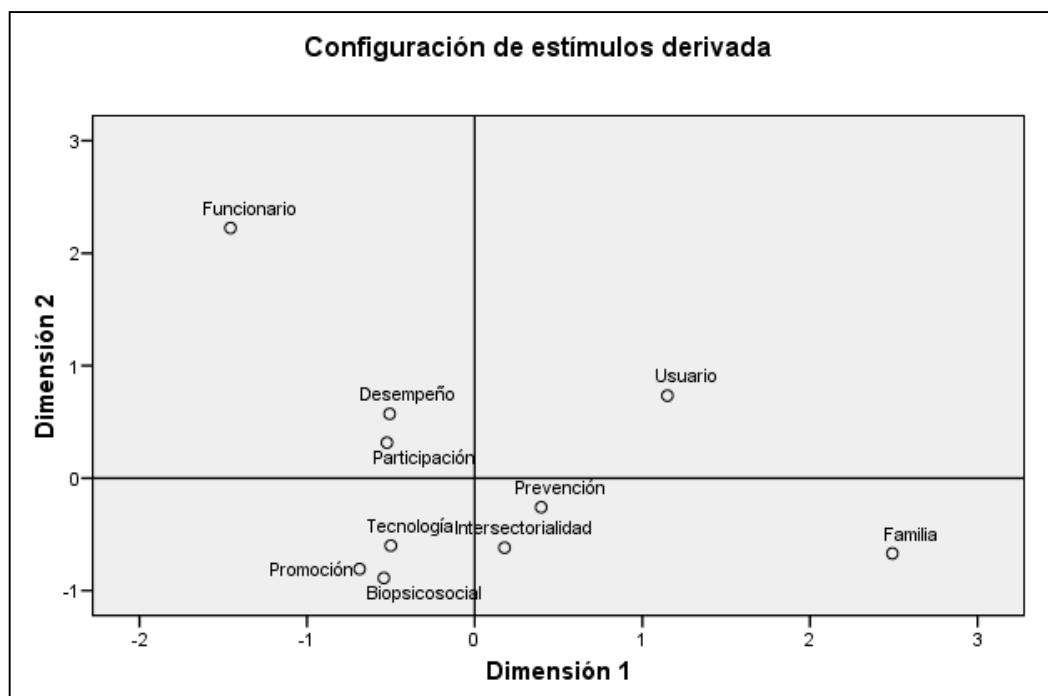
A partir del escalamiento multidimensional se obtuvieron las coordenadas resultantes para las 10 palabras estímulo utilizadas, obteniendo índices de ajuste que permitieron continuar con los análisis (Stress: 0,15 y RSQ: 0,91).

En la figura 3 se muestran los resultados obtenidos por medio del escalamiento

multidimensional. En él se pueden observar dimensiones perceptuales que oponen las palabras *Funcionario* de *Usuario* y *Familia*. Situando a su vez a éstos objetos alejados del resto.

La mayoría de los objetos se alejan de las palabras *Usuario* y *Familia*, que a su vez se encuentran distanciados entre sí.

FIGURA 3.
Escalamiento Multidimensional. Configuración para los 10 Estímulos.



DISCUSIÓN

El procedimiento utilizado en este estudio, así como las técnicas de recolección de datos empleadas, presentan los atributos necesarios que posibilitan el análisis de las RS de los funcionarios de APS de la comuna de Talca acerca del Modelo de Atención de Salud Familiar (Cárdenas, 2008; Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999).

Se puede observar que las RS de los funcionarios, son coherentes con una visión Biopsicosocial, pero se reconocen falencias en la implementación del modelo.

Los funcionarios valoran positivamente su implementación, aunque dicha valoración es menos positiva al considerar los aspectos de la calidad de la atención.

Se puede observar que las RS de los funcionarios, son coherentes con una visión Biopsicosocial, pero se reconocen falencias en la implementación del modelo.

Los funcionarios valoran positivamente su implementación, aunque dicha valoración es menos positiva al considerar los aspectos de la calidad de la atención.

En el análisis de conglomerados jerárquicos se extraen tres conglomerados, donde la cercanía de promoción y prevención, seguidos de participación e intersectorialidad, permite postular que forman parte del núcleo de la RS (Cárdenes, 2008) sobre la atención de salud y esto es congruente, ya que éstas son estrategias que se enfatizan en el trabajo desde el modelo Biopsicosocial.

Los cluster muestran en primer lugar que se agrupan los conceptos asociados con desarrollar un trabajo biopsicosocial, en segundo lugar dejan en evidencia que los trabajadores de APS se sitúan próximos a los procesos de desempeño, con un sentido de evaluación de su gestión. Mientras que en tercer lugar se observa que se agrupan los dos términos que desde la teoría deberían ser el centro del modelo (Chile Minsal, 2005). Llama la atención que ambos elementos están muy alejados de los trabajos preventivos y promocionales, siendo que la familia debe ser el eje fundamental de estas acciones.

Al complementar los resultados con el escalamiento multidimensional se destacan ciertas similitudes en los resultados ya descritos para el análisis de cluster. El término *Funcionario* presenta la mayor distancia en el mapa perceptual, a excepción del término *Desempeño* con el cual tiene cierta cercanía. Se observa un comportamiento similar en los resultados obtenidos al considerar los términos *Usuario* y *Familia*, puesto que en el mapa perceptual éstos se acercan entre sí y se alejan del resto.

Estos resultados parecen indicar que los elementos que son definidos como centrales dentro del nuevo modelo, se ubican en una posición más periférica dentro de RS que construyen los funcionarios de salud. En los campos de significados de los funcionarios, se encuentran algunos elementos propios del Modelo de Atención de Salud Familiar, pero no se encontrarían integrados al no compartir una dimensión común de significado y similaridad. Queda en evidencia que el énfasis estaría puesto en la participación necesaria en el trabajo hacia la comunidad y no con la comunidad, por lo que no se estaría gestando entre los equipos de salud y sus comunidades la estrecha vinculación que debiese existir según los planteamientos del MINSAL (Chile Minsal, 2002b).

A través de este estudio se observa cómo este cambio paulatino que se lleva a cabo en la APS ha posibilitado que nuevos significados se estén materializando en elementos conocidos para los equipos de salud, aunque aún no se logre un anclaje interpretado en la falta de integración de los elementos centrales del Modelo Biopsicosocial. Proceso de anclaje que se ha iniciado sobre una estructura anterior, la que no podrá mantenerse inalterada. De modo que estos cambios detectados en los elementos periféricos de la representación terminarán necesariamente alterando el núcleo de ésta (Cárdenes & Blanco, 2004). Pero ya que el cambio de Modelo de Salud requiere un cambio de una visión a otra que se sustentan en paradigmas epistemológicos distintos, se torna necesario promover una transformación en el núcleo de cómo es percibido el modelo y no sólo en los elementos periféricos del mismo a favor de un cambio más eficiente (Cárdenes, 2008).

Se propone entonces que el acercamiento a las RS de los funcionarios de APS, puede ser un complemento a las evaluaciones que hoy en día se realizan. Es decir conocer y corroborar no sólo los

cambios en las pautas conductuales, sino que, y más importante aún dadas las bases del modelo, establecer si el modo de conceptualizar la atención de salud de los funcionarios de APS está acorde con la visión Biopsicosocial.

Finalmente, se sugiere incluir en próximos estudios de las RS métodos cualitativos, ya que ninguna técnica por sí sola permite recoger conjuntamente el contenido, la estructura interna y el núcleo central de una representación social, por lo tanto al incluir material cualitativo se puede reconstruir la estructura interna de las RS, permitiendo enriquecer y contrastar la información recogida, dando pasos a ampliar éste ámbito de estudio (Araya, 2002).

REFERENCIAS

- Araya, S. (2002). *Representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: FLACSO.
- Cárdenas, M. (2008). *El análisis multivariante de las representaciones sociales*. Antofagasta: Ediciones Universidad Católica del Norte.
- Cárdenas, M. & Blanco, A. (2004). Las representaciones sociales del movimiento antiglobalización. *Psicología política*. 28: 27-54.
- Chile, Minsal (1999). *1990-1999 10 años mejorando la salud de los chilenos*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Chile, Minsal (2002a). *Hacia un nuevo modelo de gestión en salud*. Chile: Ministerio de Salud.
- Chile, Minsal (2002b). *Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar para los Centros de Salud Familiar*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Chile, Minsal (2005). *Modelo de atención integral en salud*. Chile: Ministerio de Salud.
- Chile, Minsal (2007). *Programa Salud Familiar año 2007*. Chile: Ministerio de Salud.
- Chile, Minsal (2009). *Orientaciones para la planificación y programación en red año 2009*. Chile: Ministerio de Salud.
- Corrales, J. (2006). Escalamiento multidimensional para determinar modelos de gestión administrativa. *Theoria*; 15: 17-31.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*; 196(4286): 129-136.
- Esparza, L. (2003). Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de octubre de 2002 por Óscar Rodríguez Cerdá. *Relaciones*; 24(93): 115-134.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. México: Prentice Hall.
- Harzheim, E., Starfield, B., Rajmil, L., Álvarez, C. & Stein, A. (2006). Consistência interna e confiabilidade

- da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública*; 22(8): 1649-1659.
- Lima, O. (2004). Hacia un nuevo modelo en la medicina. *Gac Méd Caracas*; 112(2): 139-141.
- Macinko, J., Almeida, C. & Klingelhofer de Sá, P. (2007). A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy and Planning*; 1-11.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología social II. Pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós.
- Oliva, C. & Hidalgo, C. (2004). Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo Biopsicosocial en la atención primaria. *Psykhe*; 13(2): 173-186.
- Rodrigues, R., Andrade, O. & Marques, S. (2001). Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Revista latino-am enfermagem*; 9: 7-12.
- Villalobos-Pérez, A. (2008). Características emocionales de estudiantes de psicología: un estudio basado en el enfoque de investigación formativa. *Avances en Psicología Latinoamericana*; 26; 252-269.

ANEXO 1.
Instrumento final.

INSTRUCCIONES																			
<p>1. A continuación le presentamos en dos columnas pares de adjetivos bipolaros que pueden describir cómo percibe el Modelo de Atención de Salud Familiar. Entre cada par de adjetivos existe una escala que va de -3 a 3, donde debe marcar (pintar) la alternativa que más se acerque a su percepción del Modelo. Donde -3 corresponde a Muy, -2 a Bastante, -1 a Un poco, 0 Ni un poco ni otro, 1 Un poco, 2 Bastante y 3 a Muy.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>"La donación de órganos".</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Inaccesible</td> <td>-3○</td> <td>-2○</td> <td>-1○</td> <td>0○</td> <td>1○</td> <td>2●</td> <td>3○</td> <td>Necesaria</td> </tr> </table> <p>En este ejemplo se puede ver que la persona marcó el 2 ante la frase "La donación de órganos", lo que quiere decir que considera que "La donación de órganos" es Bastante Necesaria".</p> <p>"El Modelo de Atención de Salud Familiar".</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Inaccesible</td> <td>-3○</td> <td>-2○</td> <td>-1○</td> <td>0○</td> <td>1○</td> <td>2●</td> <td>3○</td> <td>Necesaria</td> </tr> </table>		Inaccesible	-3○	-2○	-1○	0○	1○	2●	3○	Necesaria	Inaccesible	-3○	-2○	-1○	0○	1○	2●	3○	Necesaria
Inaccesible	-3○	-2○	-1○	0○	1○	2●	3○	Necesaria											
Inaccesible	-3○	-2○	-1○	0○	1○	2●	3○	Necesaria											
3																			
<p>UNIVERSIDAD TALCA</p> <p>MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR</p> <p>Este cuestionario creado sólo con fines académicos tiene como objetivo recoger las percepciones de los funcionarios de la Atención Primaria de Salud acerca del Modelo de Atención de Salud Familiar, ante el cual pueden existir diversas opiniones no habiendo respuestas buenas ni malas.</p> <p>La información recogida es de carácter anónima, por lo que se solicita que responda con absoluta libertad de la forma más honesta posible.</p> <p>Gracias por su colaboración.</p>																			
<p>Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/></p> <p>Edad: _____</p> <p>Profesión: _____</p>																			
<p>Categoría a la que pertenece:</p> <p>A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/></p>																			
<p>Cantidad de años que trabaja en Atención Primaria de Salud:</p> <p>Si lleva trabajando meses de un año o menos cuantos meses:</p> <p>Indique si usted trabaja en:</p> <p>CES <input type="radio"/> CESFAM <input type="radio"/></p>																			
<p>¿Usted ha sido capacitado en el nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar?</p> <p>S <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>																			
<p>Si tuviera que evaluar la implementación del nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar, ¿qué nota le pondría en una escala de 1 a 7? Siendo 1 la más baja calificación y 7 la más alta, marque su respuesta a continuación:</p> <p>1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/></p>																			
2																			

II. Ante las siguientes palabras estímulo escríba en el cuadro la mayor cantidad de palabras que se le vengan a la mente en el menor tiempo posible cuando lee dicha palabra.
Le solicitamos contestar rápidamente, no utilice demasiado tiempo pensando en su respuesta.

Ejemplo:
En este ejemplo se puede ver que a la persona se le vinieron a la mente 9 palabras ante la palabra "CASA".

Palabra 5: BIOPSICOSSOCIAL

Palabra 6: PARTICIPACIÓN

Palabra 1: USUARIO

Hogar	Comodidad
Familia	Seguridad
Deudas	Habitación
Protección	.

Palabra 2: PROMOCIÓN

Palabra 3: PREVENCIÓN

Palabra 4: FAMILIA

Palabra 7: INTERSECTORIALIDAD

Palabra 9: TECNOLOGÍA

Palabra 8: DESEMPEÑO

Palabra 10: FUNCIONARIO

4

5