UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"PRÁCTICAS Y BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PROFESIONALES DE SALUD DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CANTÓN IBARRA"

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico General

Línea de investigación: Salud y bienestar general

AUTOR:

Santiago David Flores Pozo

DIRECTOR:

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

ASESOR:

Dr. Leandro Sebastián Montenegro Guama

Ibarra - Ecuador 2026

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Flores Pozo Santiago David

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Prácticas y barreras en la implementación de cuidados paliativos en profesionales de salud de centros de atención primaria del cantón Ibarra
AUTOR (ES):	Santiago David Flores Pozo
FECHA:	18/06/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	[x] **PREGRADO** [ ] **POSGRADO**
TITULO POR EL QUE OPTA:	Médico general
DIRECTOR:	Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos
ASESOR:	Dr. Leandro Sebastián Montenegro Guama

CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 18 días, del mes de junio de 2026.

EL AUTOR:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
SANTIAGO DAVID FLORES POZO

Santiago David Flores Pozo

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 18 de junio de 2026

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:
Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
RODRIGO ROBERTO ALVEAR REASCOS

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos
C.C.: 1712583986

APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular "Prácticas y barreras en la implementación de cuidados paliativos en profesionales de salud de centros de atención primaria del cantón Ibarra" elaborado por Santiago David Flores Pozo, previo a la obtención del título del Médico general, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
RODRIGO ROBERTO ALVEAR REASCOS

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos
C.C.: 1712583986

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LEANDRO SEBASTIAN MONTENEGRO GUAMA

Dr. Leandro Sebastián Montenegro Guama
C.C.: 1002974895

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino.

A mis padres, cuyo amor, apoyo incondicional y sacrificio han sido el pilar fundamental en mi formación.

A mi familia y compañeros, por su aliento y compañía en este proceso.

A los profesionales de los centros de salud de atención primaria y a los pacientes, por su dedicación, enseñanzas y la oportunidad de aportar al estudio de los cuidados paliativos.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica del Norte y a sus autoridades, en especial al Rector PhD. Miguel Naranjo Toro, por brindar el espacio académico que hizo posible esta investigación.

A la Carrera de Medicina y a su coordinadora, Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana, por su liderazgo y compromiso con la formación médica.

Al Dr. Leandro Sebastián Montenegro Guama, asesor del trabajo, y al Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos, tutor de investigación, por su invaluable guía y apoyo durante este proceso.

A los líderes de los centros de salud y a los profesionales de atención primaria, por su colaboración y disposición para contribuir a este estudio.

A mi familia y compañeros, por su constante apoyo y motivación.

RESUMEN EJECUTIVO

Los cuidados paliativos constituyen un componente fundamental en la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, especialmente en el primer nivel de atención. Sin embargo, su implementación puede verse limitada por diversos factores relacionados con la formación del personal de salud y las condiciones del sistema sanitario.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las prácticas y las barreras que enfrentan los profesionales de la salud durante la implementación de cuidados paliativos en los centros de atención primaria del cantón Ibarra en el año 2025. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 145 profesionales de salud, de los cuales se obtuvo una muestra de 117 participantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario estructurado basado en la adaptación de instrumentos previamente validados, con una escala tipo Likert. Se evaluaron dos dimensiones principales: prácticas en cuidados paliativos y barreras percibidas. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel y analizados mediante el software jamovi, empleando estadística descriptiva y la prueba de chi-cuadrado para el análisis de asociación.

Los resultados evidenciaron que el 96.6% del personal presentó prácticas adecuadas en cuidados paliativos. No se encontró asociación significativa entre la profesión y las prácticas ($p > 0.05$). Sin embargo, se identificó una asociación significativa entre la profesión y la percepción de barreras ($p < 0.05$). La mayoría de los profesionales (79.5%) percibió una baja presencia de barreras para la implementación de cuidados paliativos. Asimismo, los aspectos mejor valorados estuvieron relacionados con la participación familiar y el respeto a los deseos del paciente, mientras que las principales oportunidades de mejora se identificaron en la disponibilidad de recursos institucionales y en el conocimiento de servicios específicos de apoyo.

En conclusión, las prácticas en cuidados paliativos fueron adecuadas en la mayoría del personal de salud. Aunque la percepción general de barreras fue baja, estas variaron según la profesión, lo que resalta la necesidad de fortalecer la capacitación y optimizar determinados aspectos institucionales para favorecer una atención paliativa integral en el primer nivel de atención.

Palabras clave: cuidados paliativos, atención primaria, barreras, personal de salud, prácticas clínicas.

ABSTRACT

Palliative care constitutes a fundamental component in the comprehensive management of patients with advanced chronic diseases, particularly at the primary healthcare level. However, its implementation may be limited by factors related to healthcare professionals' training and healthcare system conditions.

The aim of this study was to determine the practices and barriers faced by healthcare professionals in the implementation of palliative care in primary healthcare centers in the canton of Ibarra in 2025. A quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted. The population consisted of 145 healthcare professionals, from which a sample of 117 participants was obtained through non-probabilistic convenience sampling.

Data were collected using a structured questionnaire adapted from previously validated instruments, employing a Likert-type scale. Two main dimensions were evaluated: palliative care practices and perceived barriers. Data were organized in Microsoft Excel and analyzed using jamovi software, applying descriptive statistics and chi-square tests for association analysis.

The results showed that 96.6% of the participants demonstrated adequate palliative care practices. No statistically significant association was found between profession and practices ($p > 0.05$). However, a significant association was identified between profession and perceived barriers ($p < 0.05$). Most healthcare professionals (79.5%) reported a low perception of barriers to palliative care implementation. Furthermore, the highest-rated aspects were related to family involvement in patient care and respect for patient preferences, whereas the main opportunities for improvement were associated with the availability of institutional resources and knowledge of specific support services.

In conclusion, palliative care practices were adequate among most healthcare professionals. Although the overall perception of barriers was low, these varied according to profession, highlighting the need to strengthen training and optimize specific institutional aspects in order to promote comprehensive palliative care at the primary healthcare level.

Keywords: palliative care, primary healthcare, barriers, healthcare professionals, clinical practices.

LISTA DE SIGLAS

CP: Cuidados paliativos
OMS: Organización Mundial de la Salud
MSP: Ministerio de Salud Pública
SNS: Sistema Nacional de Salud
UTN: Universidad Técnica del Norte
CEISH: Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

INTRODUCCIÓN 13
1.1 Problema de investigación. 13
1.2 Justificación 16
Valor teórico – científico: 16
Implicaciones prácticas: 16
Conveniencia: 16
Relevancia social: 16
Beneficiarios directos e indirectos: 16
Viabilidad: 16
Factibilidad: 17
1.3 Objetivos 17
1.3.1. Objetivo General 17
1.3.2 Objetivos Específicos 17
1.4 Hipótesis 17
MARCO TEÓRICO 18
2.1 Cuidados paliativos 18
2.2 Importancia de los cuidados paliativos en el primer nivel de atención 18
2.3 Prácticas en cuidados paliativos 19
2.4 Barreras en la implementación de cuidados paliativos 19
2.5 Rol del personal de salud en cuidados paliativos 19
MARCO REFERENCIAL 20
METODOLOGÍA 22
Definición de la población: 22
Muestra: 22
Criterios de inclusión 22
Criterios de exclusión 22
Clasificación del estudio 23
Diseño del estudio 23
Área de estudio 23

Técnicas y procedimientos de recogida de la información 23

Instrumento de recolección de datos....23

Validación del instrumento 24

Técnicas y procedimientos para procesamiento estadístico de la información 25

Aspectos éticos....25

Aspecto legal....25

RESULTADOS Y ANÁLISIS....26

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población (n = 117) 26

Tabla 2. Asociación entre profesión y prácticas en cuidados paliativos 27

Tabla 3. Asociación entre profesión y barreras percibidas en cuidados paliativos 28

Tabla 4. Distribución de las prácticas en cuidados paliativos....28

Tabla 5. Distribución de las barreras percibidas en cuidados paliativos....29

Tabla 6. Puntuación media de los ítems de la dimensión barreras en cuidados paliativos (n=117)....29

Tabla 7. Puntuación media de los ítems de la dimensión prácticas en cuidados paliativos (n = 117)....30

DISCUSIÓN 32

CONCLUSIONES 34

RECOMENDACIONES 35

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 36

ANEXOS 38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población

Tabla 2. Asociación entre profesión y prácticas en cuidados paliativos

Tabla 3. Asociación entre profesión y barreras percibidas

Tabla 4. Distribución de las prácticas

Tabla 5. Distribución de las barreras

Tabla 6. Puntuación media de los ítems de la dimensión barreras en cuidados paliativos

Tabla 7. Puntuación media de los ítems de la dimensión prácticas en cuidados paliativos

INTRODUCCIÓN

1.1 Problema de investigación.

El acceso a los cuidados paliativos constituye un desafío relevante para los sistemas de salud a nivel mundial. A pesar de los avances en la atención médica y el desarrollo de estrategias orientadas al manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas y terminales, persisten múltiples limitaciones que dificultan la implementación efectiva de este tipo de atención, especialmente en el primer nivel de atención.

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 40 millones de personas requieren cuidados paliativos cada año; de ellas, el 34 % corresponde a pacientes con enfermedades oncológicas y el 66 % a personas con enfermedades crónicas progresivas con pronóstico de vida limitado. Sin embargo, únicamente cerca del 14 % de quienes los necesitan reciben atención paliativa adecuada. Además, menos del 15 % de los profesionales de salud han recibido formación en cuidados paliativos durante su educación de pregrado, lo que evidencia una brecha significativa en la preparación del personal sanitario. (1)

En América Latina, el acceso a los cuidados paliativos (CP) continúa siendo limitado debido a diversos factores, entre los que se incluyen la falta de programas de formación especializada, insuficiencia de recursos humanos y materiales, escasa disponibilidad de medicamentos para el control del dolor, debilidades en las políticas de salud y desconocimiento sobre la importancia de este tipo de atención. Se estima que aproximadamente 3,5 millones de personas en la región experimentan sufrimiento asociado a enfermedades que requieren cuidados paliativos; no obstante, solo el 7,6 % accede a estos servicios, cifra que se encuentra por debajo del promedio mundial. (2)

El desarrollo de CP ha expuesto avances significativos, aunque aún existen áreas de mejora en términos de capacitación y recursos disponibles, menos del 20% del personal de salud evaluado logró alcanzar un conocimiento adecuado sobre cuidados paliativos, destacando la disparidad en la formación y la necesidad de programas educativos más robustos. (3)

En el contexto ecuatoriano, existe un subregistro de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedades graves o avanzadas. Sin embargo, diversos reportes evidencian la magnitud del problema. Por ejemplo, se ha identificado que un porcentaje considerable de pacientes diagnosticados con cáncer se encuentra en estadios avanzados de la enfermedad, lo que incrementa la necesidad de atención paliativa especializada. Asimismo, múltiples enfermedades crónicas no transmisibles representan una carga importante para el sistema de salud y requieren un enfoque integral orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes. (4)

El Ministerio de Salud Pública considera que no brindar una adecuada atención en cuidados paliativos incrementa el riesgo de continuar realizando tratamientos en muchas ocasiones inútiles, deteriorando la vida del paciente y su familia. En el contexto de la salud pública, existen funciones esenciales para mejorar la salud de las poblaciones donde el estado debe ofrecer un sistema de salud efectivo e integral que cuide a sus ciudadanos hasta el final de la vida.

Es deber del estado respecto a la salud: regular la práctica clínica en el país, garantizar la provisión adecuada y oportuna de los servicios que fueren necesarios, incluido los cuidados paliativos; informar de forma apropiada a la población y financiar la atención. En el país acerca de la educación las facultades con asignatura independiente de CP son de 4/22 medicina, 0/34 de enfermería, 0/7 de psicología, 1/9 trabajo social. (5)

En el Ecuador desde el 17 de mayo del 2022 se registró la Política en cuidados paliativos, con el objetivo de abordar el cumplimiento de estas funciones, estableciendo los mecanismos y estructuras necesarias para hacerlo. La Política Nacional de Cuidados Paliativos ejerce la rectoría de los servicios de asistencia paliativa de manera integrada en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la formación de profesionales de la salud, motivar la investigación científica, la educación a la población, y asegurar la disponibilidad de medicamentos.

No obstante, a nivel local, particularmente en el cantón Ibarra, existe limitada información acerca de las prácticas actuales de los profesionales de salud en relación con los cuidados paliativos, así como sobre las barreras que enfrentan para su implementación en el primer nivel de atención. Esta falta de evidencia dificulta la planificación de estrategias que permitan mejorar la atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y sus familias. (4)

Por lo tanto, resulta necesario analizar las prácticas y barreras presentes en la implementación de cuidados paliativos en los centros de salud del cantón Ibarra, con el fin de generar evidencia que contribuya al fortalecimiento de la atención en este ámbito.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas y las barreras percibidas por los profesionales de salud en la implementación de cuidados paliativos en los centros de atención primaria del cantón Ibarra durante el año 2025?

1.2 Justificación

Valor teórico – científico:

La investigación aportó datos valiosos en los campos de epidemiología, medicina preventiva, investigación y salud pública, al evaluar el comportamiento de variables relacionadas con los cuidados paliativos en el personal de salud.

Implicaciones prácticas:

Permitió destacar la importancia de un abordaje oportuno y adecuado para pacientes con enfermedades terminales. Además, identificó las prácticas actuales y las barreras percibidas sobre cuidados paliativos (CP) en Ibarra, así como las prácticas actuales del personal de salud y las barreras percibidas para implementar este tipo de atención.

Conveniencia:

El estudio fue conveniente porque permitió identificar las fortalezas y las áreas de mejora relacionadas con las prácticas y barreras en la implementación de cuidados paliativos en el primer nivel de atención. Esta información puede orientar futuras estrategias de capacitación, fortalecimiento institucional y planificación de servicios, contribuyendo al desarrollo de una atención más integral y de mejor calidad para los pacientes que requieren cuidados paliativos

Relevancia social:

La sociedad se benefició de la investigación al profundizar en el conocimiento sobre los cuidados paliativos y su abordaje desde una perspectiva preventiva. Los pacientes recibirán atención temprana, mientras que el personal médico e interdisciplinario tendrá una guía más clara sobre cómo gestionar estos casos. Además, el proyecto vinculó la docencia y la investigación con la realidad del primer nivel de atención en el cantón Ibarra.

Beneficiarios directos e indirectos:

Los beneficiarios directos fueron los pacientes con necesidades paliativas o enfermedades crónicas que amenazan su vida, junto con sus familiares. Los beneficiarios indirectos incluyeron a los estudiantes, docentes, instituciones, así como al personal de salud del cantón Ibarra y de la provincia.

Viabilidad:

El proyecto fue altamente viable gracias a la accesibilidad para la obtención de datos y la participación del personal de salud. Se facilitó el proceso de obtención de permisos tanto

en la universidad como en los centros de atención primaria, apoyándose en las relaciones ya establecidas a través de la vinculación con la UTN.

Factibilidad:

El proyecto fue factible, considerando los recursos disponibles. Los recursos financieros requeridos fueron mínimos, sin gastos significativos, y se cuenta con el apoyo de recursos humanos, como el personal de salud y los docentes de los centros de atención y la UTN, que están dispuestos a colaborar. Además, los recursos materiales y la planificación del tiempo necesario para llevar a cabo la investigación estuvieron al alcance.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar las prácticas y las barreras en la implementación de cuidados paliativos en profesionales de salud de los centros de atención primaria del cantón Ibarra durante el año 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente al personal de salud involucrado en la atención de pacientes en primer nivel.
- Describir las prácticas de cuidados paliativos según la profesión.
- Identificar las barreras percibidas en la implementación de cuidados paliativos por parte del personal de salud.
- Proponer estrategias de capacitación dirigidas al personal de salud, basadas en los resultados obtenidos.

1.4 Hipótesis

Hipótesis general:
Existe asociación entre la profesión del personal de salud y las prácticas, así como con la percepción de barreras en la implementación de cuidados paliativos en el primer nivel de atención.

Hipótesis nula (H0):
No existe asociación entre la profesión del personal de salud y las prácticas ni con la percepción de barreras en cuidados paliativos.

Hipótesis alternativa (H1):
Existe asociación entre la profesión del personal de salud y las prácticas y/o con la percepción de barreras en cuidados paliativos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos (CP) constituyen un enfoque integral de atención dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades potencialmente mortales y de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Esto se logra a través de la identificación temprana, evaluación y tratamiento adecuado del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos no tienen como finalidad acelerar ni retrasar la muerte, sino brindar apoyo para que los pacientes vivan de la manera más activa posible hasta el final de la vida. Asimismo, promueven una atención centrada en la persona, respetando sus necesidades, valores y preferencias durante todo el proceso de atención. (1,37)

2.2 Importancia de los cuidados paliativos en el primer nivel de atención

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud y desempeña un papel fundamental en la identificación, seguimiento y manejo de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. La integración de los cuidados paliativos en este nivel favorece la mejora de la calidad de vida de los pacientes, reduce hospitalizaciones innecesarias, fortalece la continuidad del cuidado y facilita el acompañamiento familiar durante el proceso de enfermedad. Asimismo, permite una atención más accesible y cercana a las necesidades de la población, especialmente en comunidades con acceso limitado a servicios especializados.

En contextos como Ecuador, donde la disponibilidad de recursos y servicios paliativos especializados aún presenta desafíos, el fortalecimiento de los cuidados paliativos en atención primaria constituye una estrategia fundamental para garantizar una atención integral, oportuna y centrada en la persona. (16,17,27)

2.3 Prácticas en cuidados paliativos

Las prácticas en cuidados paliativos comprenden un conjunto de intervenciones orientadas a brindar una atención integral centrada en las necesidades del paciente y su familia. Estas incluyen la evaluación y manejo de síntomas como el dolor, la disnea y la fatiga; la comunicación efectiva y la toma de decisiones compartidas; el soporte psicosocial y espiritual; la coordinación del cuidado entre los diferentes niveles de atención; la educación del paciente y sus familiares; y el acompañamiento durante el proceso de duelo.

La adecuada implementación de estas prácticas contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y requiere no solo conocimientos clínicos, sino también habilidades comunicativas, trabajo interdisciplinario y sensibilidad ética por parte de los profesionales de salud. (20,22,24)

2.4 Barreras en la implementación de cuidados paliativos

La implementación de los cuidados paliativos enfrenta múltiples barreras que pueden dificultar su desarrollo efectivo, especialmente en el primer nivel de atención. Entre las principales se encuentran la insuficiente formación y capacitación de los profesionales de salud, las limitaciones en la disponibilidad de recursos y acceso a medicamentos esenciales, las deficiencias en la coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario, así como diversas barreras culturales y creencias relacionadas con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Adicionalmente, la ausencia o limitada aplicación de políticas públicas específicas puede restringir la integración de los cuidados paliativos dentro de los servicios de salud. Estas dificultades pueden afectar la calidad de la atención brindada y limitar el acceso oportuno de los pacientes y sus familias a una atención paliativa integral. (14,31,39)

2.5 Rol del personal de salud en cuidados paliativos

El personal de salud desempeña un papel fundamental en la implementación de los cuidados paliativos, al ser responsable de identificar oportunamente a los pacientes que requieren este tipo de atención, brindar un manejo integral centrado en sus necesidades y coordinar las acciones necesarias entre los diferentes niveles asistenciales. Asimismo, participa en el acompañamiento de la familia durante el proceso de enfermedad y duelo, promoviendo una atención humanizada y orientada al bienestar del paciente. La formación, experiencia y competencias de los profesionales influyen directamente en la

calidad de la atención brindada y en la adecuada integración de los cuidados paliativos dentro de los servicios de salud. (23,27,28)

MARCO REFERENCIAL

Diversos estudios han abordado la implementación de cuidados paliativos en distintos contextos, evidenciando avances importantes, pero también múltiples limitaciones, especialmente en el primer nivel de atención.

En relación con la identificación temprana de pacientes con necesidades paliativas, una revisión sistemática realizada en 2020 evidenció que las herramientas de detección utilizadas en atención primaria presentan limitaciones significativas para identificar de manera oportuna a pacientes con enfermedades progresivas avanzadas. Este hallazgo resalta la necesidad de desarrollar métodos más integrales que no solo predigan la mortalidad, sino que permitan anticipar las necesidades paliativas y el deterioro funcional de los pacientes. (6)

Por otra parte, la literatura evidencia que el conocimiento del personal de salud influye directamente en la calidad de la atención paliativa. En un estudio realizado en Perú, Ochoa et al. encontraron que el 38.8% de los profesionales de enfermería presentó un nivel alto de conocimiento en cuidados paliativos, el cual se asoció con actitudes favorables hacia el manejo integral del paciente, incluyendo dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales.(7) Por el contrario, en Ecuador se ha reportado que el conocimiento sobre cuidados paliativos es generalmente bajo, lo que puede favorecer la subutilización de estos servicios y limitar la calidad de la atención brindada.(8)

En el contexto de la implementación de programas de cuidados paliativos, un estudio desarrollado en Argentina demostró que la aplicación de un modelo estructurado permitió identificar precozmente a pacientes con necesidades paliativas y mejorar significativamente la derivación a estos servicios, pasando de un 28% a un 94% tras la implementación del programa. Esto evidencia la importancia de establecer estrategias organizadas para mejorar la atención continua de estos pacientes. (9)

En cuanto a la calidad de la atención en cuidados paliativos, una investigación realizada en el cantón Ibarra evidenció que los pacientes perciben una atención de alta calidad, asociada principalmente al buen trato, visitas domiciliarias y disponibilidad de medicamentos. Sin embargo, este mismo estudio resalta la necesidad de estandarizar los planes de atención para mejorar la integralidad del cuidado. (10)

A nivel del sistema de salud, se ha identificado que la organización de los cuidados paliativos aún presenta fragmentación, especialmente en la articulación entre niveles de atención. Una revisión de alcance en población adulta mayor señala que, aunque el

enfoque en atención primaria es clave, persisten limitaciones en la integración de servicios y continuidad del cuidado. (11)

Por otra parte, diversos estudios destacan el impacto de los factores psicosociales en el contexto de los cuidados paliativos. Se ha evidenciado que la calidad de vida de los cuidadores puede verse afectada por variables como la sobrecarga emocional, el estado civil y la presencia de enfermedades, lo que resalta la importancia de considerar no solo al paciente, sino también a su entorno familiar. (12)

Desde la perspectiva de los profesionales de salud, se han identificado deficiencias importantes en la calidad de los cuidados paliativos, especialmente en aspectos como el control de síntomas, la comunicación, la atención espiritual y la coordinación del cuidado. Estas limitaciones reflejan la necesidad de fortalecer la formación y mejorar los modelos de atención centrados en el paciente. (13)

En el contexto latinoamericano, los cuidados paliativos enfrentan múltiples desafíos estructurales, incluyendo la falta de políticas públicas, financiamiento limitado, acceso restringido a medicamentos y baja capacitación del personal de salud. Además, factores culturales, sociales y religiosos influyen en la implementación de estos cuidados, lo que evidencia la necesidad de estrategias adaptadas a cada contexto. (14)

En Ecuador, la implementación de la Guía de Práctica Clínica para Cuidados Paliativos aún es limitada, principalmente debido a la falta de difusión, escasa formación del personal y dificultades en el acceso a medicamentos esenciales como los opioides. Esto repercute en la capacidad de los profesionales para brindar una atención adecuada, especialmente en el manejo del dolor y en aspectos emocionales y espirituales. (15)

En conjunto, estos estudios evidencian que, a pesar de los avances en el desarrollo de los cuidados paliativos, persisten importantes barreras relacionadas con la formación del personal, la organización del sistema de salud y factores socioculturales. Estos hallazgos respaldan la necesidad de investigar las prácticas y barreras en el primer nivel de atención en el cantón Ibarra, con el fin de generar evidencia que contribuya a mejorar la calidad de la atención en cuidados paliativos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Definición de la población:

La población de estudio estuvo conformada por 145 profesionales de la salud que laboran en centros de atención primaria del Ministerio de Salud Pública (MSP) del cantón Ibarra, provincia de Imbabura, Ecuador. Estos profesionales incluyen médicos generales, médicos familiares, personal de enfermería y otros integrantes del equipo básico de salud que participan en la atención de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y en fase terminal.

Muestra:

Se empleó una muestra no probabilística por conveniencia basada en criterios de selección específicos. La muestra estuvo constituida por 117 profesionales de salud que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, alcanzando una tasa de respuesta del 80.6%.

Criterios de inclusión

Fueron seleccionados profesionales de la salud (médicos generales, médicos familiares, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos y otros profesionales del equipo de salud) que brindan atención a pacientes en cuidados paliativos en unidades de primer nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el cantón Ibarra.

Además, los participantes debían haber otorgado su consentimiento informado y contar con al menos un año de experiencia laboral en el establecimiento de salud.

Criterios de exclusión

Se excluyó a aquellos profesionales de salud que no aceptaron participar en el estudio o que no completaron adecuadamente el cuestionario. Asimismo, se excluyeron los profesionales con menos de un año de experiencia laboral, debido a que no contaban con suficiente exposición para identificar prácticas y barreras en la implementación de cuidados paliativos.

Clasificación del estudio

Diseño del estudio

El presente estudio corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, cuyo propósito fue identificar las prácticas y barreras en la implementación de cuidados paliativos en profesionales de salud que laboran en centros de atención primaria del cantón Ibarra.

Área de estudio

La investigación se desarrolló en centros de atención primaria pertenecientes al sistema público de salud del cantón Ibarra, provincia de Imbabura, Ecuador.

Los centros de salud incluidos en el estudio fueron:

- Centro de Salud Ibarra N.º 1
- Centro de Salud Caranqui
- Centro de Salud El Tejar
- Centro de Salud San Antonio
- Centro de Salud Priorato
- Centro de Salud La Esperanza
- Centro de Salud Pugacho

No se incluyeron los centros de salud Alpachaca y otros centros rurales debido a limitaciones logísticas durante el proceso de recolección de datos.

Técnicas y procedimientos de recogida de la información

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario estructurado dirigido a profesionales de salud de los centros de atención primaria del cantón Ibarra. La aplicación del instrumento se efectuó de forma digital mediante Google Forms.

Previamente a la aplicación del instrumento, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad y anonimato de la información.

El cuestionario fue elaborado a partir de la adaptación y combinación de dos instrumentos previamente validados: el Cuestionario de Percepciones sobre Cuidados Paliativos y la Encuesta de Cuidadores Profesionales al Final de la Vida (Lazenby et al., 2012). A partir de estos instrumentos se diseñó una versión adaptada al contexto local, orientada a evaluar prácticas y barreras en la implementación de cuidados paliativos en el primer nivel de atención.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento consistió en un cuestionario estructurado dividido en tres secciones:

- Características sociodemográficas y profesionales
- Prácticas en cuidados paliativos
- Barreras en la implementación de cuidados paliativos

El instrumento incluyó preguntas sociodemográficas (edad, sexo, profesión, tiempo de experiencia laboral, entre otras) y se estructuró en dos dimensiones principales:

1. **Prácticas de cuidados paliativos:** evaluó aspectos como la evaluación y manejo de síntomas, comunicación y toma de decisiones, soporte psicosocial y espiritual, coordinación del cuidado, educación y formación, apoyo a la familia y cuidadores, y prácticas basadas en la evidencia.
2. **Barreras en cuidados paliativos:** analizó factores como la falta de formación y conocimientos, estructuras políticas, comunicación y coordinación, barreras culturales y actitudinales, y aspectos regulatorios.

Todas las variables fueron evaluadas mediante una escala tipo Likert de cinco puntos.

Las preguntas fueron puntuadas de acuerdo con su orientación (directa o inversa). En los ítems positivos, las respuestas de “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” recibieron puntuaciones más altas, mientras que en los ítems negativos se aplicó una recodificación inversa.

Un puntaje alto reflejó mayor nivel de prácticas adecuadas y menor percepción de barreras en cuidados paliativos.

Para la dimensión de prácticas, se consideraron 18 ítems con un puntaje total entre 18 y 90. Se clasificaron como prácticas adecuadas los puntajes ≥54 (≥60%) e inadecuadas los puntajes <54.

Para la dimensión de barreras, se consideraron 9 ítems con un puntaje total entre 9 y 45. Se clasificaron como baja percepción de barreras los puntajes ≥27 y alta percepción de barreras los puntajes <27.

Validación del instrumento

El instrumento fue sometido a un proceso de revisión por expertos en el área de salud y cuidados paliativos, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y coherencia de los ítems. Esta validación permitió adaptar el instrumento al contexto del primer nivel de atención en Ecuador.

Técnicas y procedimientos para procesamiento estadístico de la información

Los datos fueron recolectados mediante Google Forms, exportados a Microsoft Office Excel 2021 para su organización y codificación, y posteriormente analizados utilizando el software estadístico jamovi.

Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Además, se efectuó un análisis bivariado mediante la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre variables, con un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

Los resultados fueron presentados en tablas para facilitar su interpretación.

Aspectos éticos

La investigación se realizó bajo principios bioéticos universales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, asegurando el mínimo riesgo y respeto a la integridad de los participantes. Se cumplió con la Declaración de Helsinki para garantizar normas y principios éticos en la investigación médica. Los participantes fueron informados sobre el grado de intervención y se les pidió firmar el consentimiento informado para asegurar una participación libre y voluntaria, conforme a la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, Capítulo 7. La protección del anonimato fue prioritaria.

También se firmó un acuerdo de confidencialidad con la institución de salud, garantizando un manejo seguro de la información recopilada. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica del Norte (CEISH-UTN).

Aspecto legal

La investigación se desarrolló en conformidad con la Constitución de la República del Ecuador, especialmente los Artículos 32, 358, 359 y 360, que contemplan la salud como derecho y responsabilidad del Estado. También se consideraron los Artículos 1, 3 y 69 de la Ley Orgánica de Salud, que abordan principios de equidad, calidad y control de enfermedades crónicas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población (n = 117)

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	25	21.4
Femenino	92	78.6
Edad (categorías)		
20-29 años	36	30.8
30-39 años	39	33.3
40-49 años	27	23.1
50-59 años	11	9.4
60 años o más	4	3.4
Profesión		
Médico	57	48.7
Enfermería	36	30.8
Otros profesionales de salud	24	20.5
Años de experiencia		
1-5 años	48	41.0
6-10 años	28	23.9
11-15 años	19	16.2
16-20 años	9	7.7
Más de 20 años	13	11.1

Fuente: Base de datos del estudio.

En la Tabla 1 se observa que la mayoría del personal de salud correspondió al sexo femenino (78.6%). En relación con la edad, el grupo predominante fue el de 30 a 39 años (33.3%), seguido del grupo de 20 a 29 años (30.8%). En cuanto a la profesión, la mayor proporción correspondió a médicos (48.7%), seguido del personal de enfermería (30.8%). Respecto a la experiencia laboral, el 41.0% presentó entre 1 y 5 años de experiencia.

Tabla 2. Asociación entre profesión y prácticas en cuidados paliativos

Profesión	Prácticas inadecuadas n (%)	Prácticas adecuadas n (%)	Total n (%)
Médico	3 (5.3%)	54 (94.7%)	57 (100%)
Enfermería	1 (2.8%)	35 (97.2%)	36 (100%)
Otros profesionales de salud	0 (0.0%)	24 (100%)	24 (100%)
Total	4 (3.4%)	113 (96.6%)	117 (100%)

Fuente: Base de datos del estudio.

$\chi^2 = 1.48$; gl = 2; p = 0.477

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la profesión y las prácticas en cuidados paliativos ($\chi^2 = 1.48$; p = 0.477), lo que sugiere que el nivel de prácticas es relativamente homogéneo entre los distintos grupos profesionales. Este hallazgo podría indicar que, independientemente de la formación específica, existe una base común en la atención paliativa en el primer nivel, posiblemente influenciada por lineamientos institucionales o protocolos de atención

Tabla 3. Asociación entre profesión y barreras percibidas en cuidados paliativos

Profesión	Alta presencia de barreras n (%)	Baja presencia de barreras n (%)	Total n (%)
Médico	7 (12.3%)	50 (87.7%)	57 (100%)
Enfermería	8 (22.2%)	28 (77.8%)	36 (100%)
Otros profesionales de salud	9 (37.5%)	15 (62.5%)	24 (100%)
Total	24 (20.5%)	93 (79.5%)	117 (100%)

Fuente: Base de datos del estudio.

$\chi^2 = 6.68$; gl = 2; p = 0.035

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la profesión y las barreras percibidas en cuidados paliativos ($\chi^2 = 6.68$; p = 0.035), lo que indica que la percepción de obstáculos varía según el rol profesional. Este resultado podría estar relacionado con diferencias en la formación académica, experiencia clínica o grado de participación en la atención de pacientes en fase terminal, lo cual coincide con la literatura que señala variabilidad en la percepción de barreras entre distintos profesionales de salud.

Tabla 4. Distribución de las prácticas en cuidados paliativos

Clasificación de prácticas	n	%
Prácticas inadecuadas	4	3.4
Prácticas adecuadas	113	96.6
Total	117	100

Fuente: Base de datos del estudio.

Se observó que el 96.6% del personal presentó prácticas adecuadas en cuidados paliativos, lo que refleja un nivel aceptable de aplicación de principios básicos en la atención de estos pacientes.

Tabla 5.
Distribución de las barreras percibidas en cuidados paliativos

Percepción de barreras	n	%
Alta presencia de barreras	24	20.5
Baja presencia de barreras	93	79.5
Total	117	100

Fuente: Base de datos del estudio.

En cuanto a las barreras percibidas, la mayoría del personal de salud reportó una baja presencia de barreras para la implementación de cuidados paliativos (79.5%), mientras que el 20.5% percibió una alta presencia de obstáculos. Este resultado sugiere condiciones generalmente favorables para el desarrollo de la atención paliativa en el primer nivel; sin embargo, persiste un grupo menor que identifica limitaciones relevantes.

Tabla 6. Puntuación media de los ítems de la dimensión barreras en cuidados paliativos (n=117)

Ítem	Media ± DE
Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida	3.91 ± 1.15
Conozco principios y normativas	3.77 ± 0.89
Reconozco muerte inminente	3.77 ± 0.93
Existen recursos adecuados	3.09 ± 1.17
Manejo conversaciones difíciles	3.38 ± 1.01
Hablo sobre decisiones del paciente	3.62 ± 0.99
Conozco factores culturales	3.64 ± 0.97
Manejo aspectos éticos	3.46 ± 0.98
Me siento seguro ante temas de eutanasia/suicidio asistido	2.77 ± 1.26

Fuente: Base de datos del estudio.

Los ítems con mayor puntuación fueron “Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida” (3.91 ± 1.15), “Conozco principios y normativas” (3.77 ± 0.89) y “Reconozco muerte inminente” (3.77 ± 0.93). Por otro lado, las puntuaciones más bajas correspondieron a “Me siento seguro ante temas de eutanasia/suicidio asistido” (2.77 ± 1.26) y “Existen recursos adecuados” (3.09 ± 1.17), evidenciando áreas susceptibles de fortalecimiento.

Tabla 7. Puntuación media de los ítems de la dimensión prácticas en cuidados paliativos (n = 117)

Práctica evaluada	**Media ± DE**
Algunos pacientes requieren sedación para aliviar el sufrimiento	3.68 ± 1.09
Si el paciente tiene dificultad para respirar, se debe administrar oxígeno inmediatamente	3.76 ± 0.98
Si el estado del paciente lo permite, deberá realizar sus actividades diarias	4.03 ± 0.95
La familia debe participar en la atención del paciente	4.49 ± 0.84
Deben respetarse los deseos del paciente	4.49 ± 0.73
La muerte debe discutirse abiertamente si el paciente lo desea	4.27 ± 0.86
Debo prestar toda mi atención al paciente	4.19 ± 0.97
Soy capaz de documentar intervenciones	4.09 ± 0.83
Puedo afrontar mis emociones	3.74 ± 1.02
Reconozco cuándo derivar a cuidados paliativos	4.03 ± 0.91
Mantengo continuidad del cuidado	4.04 ± 0.78
Sé usar terapias no farmacológicas	3.72 ± 0.97
Conozco los servicios de hospicio	3.42 ± 1.14
Promuevo planificación anticipada	4.13 ± 0.75

Práctica evaluada	Media ± DE
Brindo asesoramiento en duelo	3.42 ± 1.09
Apoyo a familiares durante el duelo	3.67 ± 1.00
Los cambios de posición previenen úlceras	4.49 ± 0.94
La alimentación debe adaptarse al paciente	4.09 ± 1.00

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de salud de atención primaria del cantón Ibarra, 2025.

El análisis de los ítems individuales de la dimensión prácticas evidenció puntuaciones elevadas en aspectos relacionados con la participación familiar en la atención del paciente, el respeto a los deseos del paciente y las medidas preventivas orientadas al confort, todos con una media de 4.49 puntos. Estos hallazgos reflejan una adecuada incorporación de principios fundamentales de los cuidados paliativos centrados en la persona y la familia. Por el contrario, los ítems relacionados con el conocimiento de los servicios de hospicio y el asesoramiento en duelo obtuvieron las puntuaciones más bajas (3.42 puntos), lo que podría indicar la necesidad de fortalecer componentes específicos de formación y apoyo psicosocial dentro del primer nivel de atención.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian que la mayoría del personal de salud presenta prácticas adecuadas en cuidados paliativos (96.6%), lo cual sugiere un nivel favorable en la aplicación de principios fundamentales de atención paliativa en el primer nivel de atención. Este hallazgo podría explicarse por la creciente incorporación de contenidos relacionados con cuidados paliativos en la formación académica y en actividades de capacitación continua dirigidas al personal sanitario.

Este resultado es comparable con lo reportado por Ochoa et al. en Perú, en una población de profesionales de enfermería, donde se evidenció que un mayor nivel de conocimiento en cuidados paliativos se asociaba con actitudes favorables hacia el manejo integral del paciente, particularmente en las dimensiones física, psicológica y social.(7) Esto sugiere que la formación y el conocimiento de los profesionales influyen positivamente en la aplicación de prácticas relacionadas con los cuidados paliativos.

El análisis de los ítems individuales de la dimensión prácticas evidenció puntuaciones elevadas en aspectos relacionados con la participación de la familia en la atención del paciente, el respeto a los deseos del paciente y las medidas preventivas orientadas al confort, todos con una media de 4.49 puntos. Estos hallazgos reflejan una adecuada incorporación de principios fundamentales de los cuidados paliativos centrados en la persona y la familia. Por el contrario, los ítems relacionados con el conocimiento de los servicios de hospicio y el asesoramiento en duelo obtuvieron las puntuaciones más bajas (3.42 puntos), lo que podría indicar la necesidad de fortalecer componentes específicos de formación y apoyo psicosocial dentro del primer nivel de atención.

Sin embargo, este hallazgo contrasta con lo reportado por Hidalgo, Miño y Mendoza (8), quienes, en Ecuador, desde la Universidad de Las Américas de Quito, evaluaron a población general adulta y encontraron niveles limitados de conocimiento sobre cuidados paliativos. Esta diferencia podría atribuirse a que el presente estudio se realizó exclusivamente en profesionales de salud del primer nivel de atención del cantón Ibarra, un grupo con formación sanitaria y experiencia asistencial que favorecen una mayor familiaridad con los principios de los cuidados paliativos.

En relación con la asociación entre la profesión y las prácticas en cuidados paliativos, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.477$), lo que indica que el nivel de aplicación de estas prácticas es relativamente homogéneo entre los distintos grupos profesionales. Este resultado coincide con lo descrito por la Organización Mundial de la Salud (16), que destaca la importancia de integrar los cuidados paliativos dentro de la atención primaria mediante estrategias y lineamientos que favorezcan una atención estandarizada e interdisciplinaria.

Por otro lado, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la profesión y la percepción de barreras en la implementación de cuidados paliativos ($p = 0.035$). Este hallazgo sugiere que los distintos profesionales experimentan de manera diferente los

obstáculos relacionados con la atención paliativa, lo cual podría estar vinculado a variaciones en la formación académica, experiencia clínica, funciones asistenciales y nivel de participación en la toma de decisiones.

Este resultado es consistente con lo reportado por Larsson, Olsson y Sandsdalen (13), quienes identificaron que aspectos como la comunicación con pacientes y familiares, el manejo adecuado de síntomas y la coordinación del cuidado influyen directamente en la percepción de calidad de la atención paliativa por parte de los profesionales de salud.

Diversos autores han señalado que las barreras en cuidados paliativos incluyen limitaciones en la capacitación profesional, insuficiencia de recursos institucionales, dificultades en la comunicación interdisciplinaria y factores culturales que condicionan la atención. Pergolizzi et al. (14) describen estos desafíos como obstáculos frecuentes para la implementación de cuidados paliativos en Latinoamérica, mientras que Rodríguez (15) destaca la importancia de fortalecer la aplicación de guías clínicas y estrategias organizacionales en atención primaria para mejorar la calidad de la atención.

Respecto a las barreras percibidas, la mayoría de los profesionales (79.5%) reportó una baja presencia de obstáculos para la implementación de cuidados paliativos, lo que evidencia condiciones favorables para el desarrollo de esta atención en el primer nivel. No obstante, una proporción menor pero relevante identificó limitaciones importantes. El análisis de los ítems individuales mostró que las puntuaciones más bajas correspondieron a la percepción de disponibilidad de recursos adecuados y a la seguridad para abordar temas relacionados con la eutanasia o el suicidio asistido, aspectos que podrían representar oportunidades de mejora mediante capacitación específica y fortalecimiento institucional.

Finalmente, El Mokhallalati et al. (6), en una revisión sistemática sobre la identificación de pacientes con necesidades paliativas, señalaron que el reconocimiento oportuno de estos pacientes continúa siendo un desafío para los sistemas de salud. Este aspecto podría influir tanto en la percepción de barreras por parte del personal sanitario como en la oportunidad de brindar intervenciones paliativas integrales desde etapas tempranas de la enfermedad.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio resaltan la importancia de mantener las prácticas favorables identificadas entre los profesionales de salud y, simultáneamente, fortalecer aquellas áreas relacionadas con la capacitación específica, la disponibilidad de recursos institucionales y el abordaje de aspectos regulatorios complejos. Los resultados aportan evidencia local sobre la situación de los cuidados paliativos en atención primaria en el cantón Ibarra y sugieren que, si bien existe una base sólida para su implementación, aún persisten oportunidades de mejora que podrían contribuir a optimizar la calidad de la atención integral brindada a los pacientes y sus familias.

CONCLUSIONES

1. La mayoría del personal de salud del primer nivel de atención presentó prácticas adecuadas en cuidados paliativos (96.6%), evidenciando una aplicación favorable de los principios fundamentales de atención paliativa en los centros de salud del cantón Ibarra.

2. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la profesión y las prácticas en cuidados paliativos ($p = 0.477$), lo que indica que la aplicación de estas prácticas es similar entre los diferentes grupos profesionales evaluados.

3. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la profesión y la percepción de barreras en cuidados paliativos ($p = 0.035$), evidenciando que los obstáculos percibidos durante la implementación de esta atención varían según el grupo profesional.

4. La mayoría de los profesionales de salud percibió una baja presencia de barreras para la implementación de cuidados paliativos (79.5%), lo que sugiere condiciones favorables para el desarrollo de esta atención en el primer nivel. No obstante, una proporción menor identificó limitaciones relacionadas principalmente con la disponibilidad de recursos institucionales y la seguridad para abordar aspectos regulatorios complejos.

5. El análisis de los componentes específicos de las prácticas y barreras evidenció fortalezas en la participación familiar, el respeto a las preferencias del paciente y las intervenciones orientadas al confort. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con el conocimiento de los servicios especializados de cuidados paliativos, el acompañamiento en procesos de duelo y algunos aspectos institucionales que podrían optimizar la implementación de esta atención.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer los programas de capacitación continua en cuidados paliativos dirigidos al personal de salud del primer nivel de atención, con énfasis en comunicación clínica, acompañamiento en duelo, identificación temprana de necesidades paliativas y aspectos regulatorios relacionados con el final de la vida.
2. Implementar estrategias institucionales que promuevan el trabajo interdisciplinario entre los diferentes profesionales de salud, con el fin de mejorar la coordinación del cuidado y optimizar la atención integral de los pacientes y sus familias.
3. Desarrollar y difundir guías, protocolos y herramientas de apoyo adaptadas al contexto de la atención primaria, que faciliten la toma de decisiones clínicas y la aplicación estandarizada de los cuidados paliativos.
4. Fortalecer la disponibilidad de recursos institucionales necesarios para la implementación de cuidados paliativos, considerando que este fue uno de los aspectos con menor puntuación dentro de la dimensión de barreras.
5. Promover futuras investigaciones orientadas a evaluar intervenciones educativas e institucionales que permitan reducir las barreras identificadas y fortalecer las áreas de mejora evidenciadas en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2026 Apr 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. Universidad Técnica Particular de Loja, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Situación de cuidados paliativos en Latinoamérica. Loja: UTPL; 2023.
3. Bellalta P. Nivel de conocimiento en cuidados paliativos en profesionales de salud. Rev Med Clin. 2019;23(2):45–52.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Política Nacional de Cuidados Paliativos. Quito: MSP; 2022.
5. Pastrana T, De Lima L, Sánchez M. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Houston: IAHPC Press; 2020.
6. El Mokhallalati Y, Bradley SH, Chapman E, Ziegler L, Bennett MI. Identification of patients with palliative care needs: a systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2020;10(1):3–10.
7. Ochoa M. Conocimiento y actitudes en cuidados paliativos en enfermería. Rev Enferm. 2021;15(3):120–128.
8. Hidalgo J, Miño C, Mendoza J. Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos en profesionales de salud en Ecuador. Rev Salud Publica. 2021;25(2):85–92.
9. Tripodoro V, De Simone G. Modelos de identificación precoz en cuidados paliativos. Med Palliat. 2020;27(1):5–12.
10. Carlosama A. Calidad de atención en cuidados paliativos en el cantón Ibarra. Rev Investig Salud. 2021;14(2):33–40.
11. Isabella M, Gómez R, Pérez L. Cuidados paliativos en adultos mayores: revisión de alcance. Rev Geriatría. 2022;18(1):10–18.
12. María M, Katiuska P. Calidad de vida en cuidadores de pacientes paliativos. Rev Latinoam Enferm. 2019;27:e3125.
13. Larsson M, Olsson C, Sandsdalen T. Perceptions of quality of palliative care among healthcare professionals. BMC Palliat Care. 2021;20(1):1–10.
14. Pergolizzi JV Jr, Raffa RB, Taylor R, et al. Challenges in palliative care in Latin America. J Pain Res. 2024;17:1023–1032.
15. Rodríguez L. Implementación de guías de cuidados paliativos en atención primaria. Rev Salud Comunitaria. 2021;9(1):15–22.
16. World Health Organization. Integrating palliative care into primary care. Geneva: WHO; 2018.
17. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating global access to palliative care. Lancet. 2018;391:1391–1454.
18. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, et al. Global burden of serious health-related suffering. Lancet Glob Health. 2019;7:e883–e892.
19. Centeno C, Lynch T, Donea O, et al. EAPC atlas of palliative care. 2019.
20. Hui D, Bruera E. Models of palliative care delivery. J Clin Oncol. 2020;38(9):852–865.

21. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care. N Engl J Med. 2010;363:733–742.
22. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care. J Clin Oncol. 2017;35:96–112.
23. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist model. N Engl J Med. 2013;368:1173–1175.
24. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. ASCO guideline. J Clin Oncol. 2012;30:880–887.
25. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. WHO perspective. J Pain Symptom Manage. 2002;24:91–96.
26. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identifying palliative needs. BMJ Support Palliat Care. 2014.
27. Mitchell GK. Primary palliative care. Aust Fam Physician. 2011;40:10–14.
28. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for aging population. N Engl J Med. 2015;373:747–755.
29. Bruera E, Hui D. Conceptual models. J Clin Oncol. 2012;30:881–887.
30. Harding R, Higginson IJ. Palliative care Africa. Lancet. 2005;365:1971–1977.
31. De Lima L, Pastrana T. Latin America palliative care. J Pain Symptom Manage. 2016;52:661–665.
32. Krakauer EL, Kwete XJ, Verguet S, et al. Financing palliative care. Lancet Glob Health. 2018.
33. Cherny NI, Radbruch L. Palliative sedation guidelines. Lancet Oncol. 2009.
34. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, et al. Definitions in palliative care. Cancer. 2014.
35. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, et al. Models of care. Palliat Med. 2017.
36. Gómez-Batiste X, Blay C, Martínez-Muñoz M, et al. Identification tools. BMJ. 2012.
37. WHO. Strengthening palliative care. Geneva: WHO; 2014.
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normativa de atención integral. Quito: MSP; 2020.
39. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos en América Latina. OPS; 2021.
40. De Lima L, Pastrana T, Radbruch L. Cross-cultural issues. Curr Opin Palliat Care. 2018.
41. Sleeman KE, Gomes B, de Brito M, et al. End-of-life care research. Lancet. 2014.
42. Hui D, De La Cruz M, Mori M, et al. Supportive care concepts. Lancet Oncol. 2013.
43. Gómez-Batiste X, Connor S. Global development. J Pain Symptom Manage. 2017.
44. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, et al. End-of-life care patterns. JAMA. 2013.
45. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J. Economic impact. J Clin Oncol. 2000.
46. Gómez-Batiste X, Amblàs-Novellas J, Costa X. Chronic conditions. 2017.
47. Connor SR, Sepulveda C. Global atlas. WHO; 2014.
48. Radbruch L, Payne S. White paper. Eur J Palliat Care. 2010.
49. Murray SA, Kendall M, Boyd K. Illness trajectories. BMJ. 2005.
50. WHO. Cancer pain relief. Geneva: WHO; 1986.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Encuesta: Prácticas y barreras de cuidados paliativos en centros de salud de Ibarra

La presente encuesta está dirigida a profesionales de la salud de los centros de atención primaria del cantón Ibarra, con el objetivo de identificar las prácticas y barreras percibidas en la implementación de cuidados paliativos.

Las respuestas serán confidenciales y anónimas. Su participación es voluntaria.

Consentimiento informado

El propósito de esta investigación es evaluar las prácticas y la percepción de barreras en la implementación de cuidados paliativos en el primer nivel de atención.

La participación es voluntaria y la información será tratada de manera confidencial. Usted puede retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Para consultas:

- Santiago David Flores Pozo
- Teléfono: 0969528157
- Correo: sdfloresp@utn.edu.ec

☐ Acepto participar voluntariamente

☐ No acepto participar

Sección 1. Datos sociodemográficos

1. Edad:

☐ 20–29 años

☐ 30–39 años

☐ 40–49 años

☐ 50–59 años

☐ ≥60 años

2. Sexo: ☐

Masculino

☐ Femenino

3. Estado civil:

☐ Soltero/a

☐ Casado/a

☐ Unión libre

☐ Divorciado/a

☐ Viudo/a

4. Profesión:

☐ Médico general

☐ Médico familiar

☐ Pediatra

☐ Enfermero/a

☐ Obstetra

☐ Fisioterapeuta

☐ Odontólogo/a

☐ Trabajador/a social

☐ Psicólogo/a

☐ Nutricionista

5. Años de experiencia:

☐ 1–5 años

☐ 6–10 años

☐ 11–15 años

☐ 16–20 años

☐ >20 años

6. Centro de salud:

☐ Centro de salud N1

☐ Priorato

☐ Caranqui

☐ El Tejar

☐ San Antonio

☐ Pugacho

☐ La Esperanza

Todos los ítems de las secciones 2 y 3 se respondieron en escala Likert de 1 a 5

Sección 2. Prácticas de cuidados paliativos

Escala:
1 = Totalmente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Totalmente de acuerdo

Evaluación y manejo de síntomas

8. Algunos pacientes requieren sedación para aliviar el sufrimiento
9. Si el paciente tiene dificultad para respirar, se debe administrar oxígeno inmediatamente
10. Si el estado del paciente lo permite, deberá realizar sus actividades diarias

Comunicación y toma de decisiones

11. La familia debe participar en la atención del paciente
12. Deben respetarse los deseos del paciente
13. La muerte debe discutirse abiertamente si el paciente lo desea

Soporte psicosocial y espiritual

14. Debo prestar toda mi atención al paciente
15. Soy capaz de documentar intervenciones
16. Puedo afrontar mis emociones

Coordinación del cuidado

17. Reconozco cuándo derivar a cuidados paliativos
18. Mantengo continuidad del cuidado

Educación y formación

19. Sé usar terapias no farmacológicas
20. Conozco los servicios de hospicio
21. Promuevo planificación anticipada

Apoyo a la familia

22. Brindo asesoramiento en duelo
23. Apoyo a familiares durante el duelo

Prácticas basadas en evidencia

24. Cambios de posición previenen úlceras
25. La alimentación debe adaptarse al paciente

Sección 3. Barreras en cuidados paliativos

Formación profesional

26. Los cuidados paliativos mejoran calidad de vida
27. Conozco principios y normativas
28. Reconozco muerte inminente

Estructuras institucionales

29. Existen recursos adecuados

Comunicación

30. Manejo conversaciones difíciles
31. Hablo sobre decisiones del paciente

Barreras culturales

32. Conozco factores culturales
33. Manejo aspectos éticos

Aspectos regulatorios

34. Me siento seguro ante temas de eutanasia/suicidio asistido

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:
Prácticas y barreras en la implementación de cuidados paliativos en profesionales de salud de centros de atención primaria del cantón Ibarra, 2025.

Investigador:
Santiago David Flores Pozo
Universidad Técnica del Norte

Objetivo del estudio:
Determinar las prácticas y las barreras en la implementación de cuidados paliativos en profesionales de la salud del primer nivel de atención.

Procedimiento:
Se le solicitará responder un cuestionario estructurado con preguntas relacionadas con

sus prácticas y percepción de barreras en cuidados paliativos. El tiempo estimado de respuesta es de aproximadamente 10–15 minutos.

Participación voluntaria:
Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Confidencialidad:
La información recolectada será tratada de manera confidencial y anónima. No se registrarán datos personales que permitan su identificación.

Riesgos y beneficios:
Este estudio no representa riesgos para los participantes. Los resultados contribuirán a mejorar la implementación de cuidados paliativos en el primer nivel de atención.

Contacto:
Para cualquier duda puede comunicarse con:

- Santiago David Flores Pozo
- Teléfono: 0969528157
- Correo: sdfloresp@utn.edu.ec

Consentimiento:

He leído la información anterior y acepto participar voluntariamente en este estudio.

☐ Acepto participar
☐ No acepto participar

ANEXO 3. MATRIZ DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Subdimensión / indicador	Tipo de variable	Escala / categoría	Ítems / medición
Edad	Sociodemográfica	Rango etario del profesional	Cualitativa ordinal	20–29, 30–39, 40–49, 50–59, ≥60 años	Pregunta 2
Sexo	Sociodemográfica	Sexo biológico	Cualitativa nominal	Masculino, Femenino	Pregunta 3
Estado civil	Sociodemográfica	Situación conyugal	Cualitativa nominal	Soltero/a, Casado/a, Unión libre, Divorciado/a, Viudo/a	Pregunta 4
Profesión	Sociodemográfica	Profesión del participante	Cualitativa nominal	Médico general, Médico familiar, Pediatra, Enfermero/a, Obstetra, Fisioterapeuta, Odontólogo/a, Trabajador/a social, Psicólogo/a, Nutricionista	Pregunta 5
Años de experiencia	Sociodemográfica	Tiempo de ejercicio profesional	Cualitativa ordinal	1–5, 6–10, 11–15, 16–20, >20 años	Pregunta 6
Centro de salud	Sociodemográfica / laboral	Establecimiento de trabajo	Cualitativa nominal	CS N1, Priorato, Caranqui, El Tejar, San Antonio, Pugacho, La Esperanza	Pregunta 7

Variable	Dimensión	Subdimensión / indicador	Tipo de variable	Escala / categoría	Ítems / medición
Prácticas en cuidados paliativos	Prácticas	Evaluación y manejo de síntomas	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 8–10
Prácticas en cuidados paliativos	Prácticas	Comunicación y toma de decisiones	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 11–13
Prácticas en cuidados paliativos	Prácticas	Soporte psicosocial y espiritual	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 14–16
Prácticas en cuidados paliativos	Prácticas	Coordinación del cuidado	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 17–18
Prácticas en cuidados paliativos	Prácticas	Educación y formación	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 19–21
Prácticas en cuidados paliativos	Prácticas	Apoyo a la familia y cuidadores	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 22–23
Prácticas en cuidados paliativos	Prácticas	Prácticas basadas en la evidencia	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 24–25
Barreras en cuidados paliativos	Barreras	Preparación académica profesional insuficiente	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 26–28
Barreras en cuidados paliativos	Barreras	Estructuras políticas / institucionales	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Pregunta 29
Barreras en cuidados paliativos	Barreras	Comunicación y coordinación	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 30–31

Variable	Dimensión	Subdimensión / indicador	Tipo de variable	Escala / categoría	Ítems / medición
Barreras en cuidados paliativos	Barreras	Barreras culturales y actitudinales	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Preguntas 32–33
Barreras en cuidados paliativos	Barreras	Aspectos regulatorios y políticos	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos	Pregunta 34
Puntaje total de prácticas	Prácticas	Suma de respuestas de la dimensión prácticas	Cuantitativa discreta	18–90 puntos	Suma preguntas 8–25
Clasificación de prácticas	Prácticas	Nivel global de prácticas	Cualitativa nominal dicotómica	Inadecuadas (<54), Adecuadas (≥54)	Derivada del puntaje total
Puntaje total de barreras	Barreras	Suma de respuestas de la dimensión barreras	Cuantitativa discreta	9–45 puntos	Suma preguntas 26–34
Clasificación de barreras	Barreras	Nivel global de barreras percibidas	Cualitativa nominal dicotómica	Alta presencia de barreras (<27), Baja presencia de barreras (≥27)	Derivada del puntaje total

Nota: Las variables correspondientes a prácticas y barreras fueron evaluadas mediante escala tipo Likert de cinco puntos. En los ítems con orientación negativa se realizó recodificación inversa para mantener la consistencia en la interpretación, de manera que un puntaje alto indicara mejores prácticas y menor percepción de barreras.

ANEXO 4. BASE DE DATOS CODIFICADA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	ID	edad	sexo	est_civil	profesion	profesion_cat	experiencia	centro_salud	pract_1	pract_2
2	1	2	1	2	1	1	2	1	3
3	2	3	1	1	2	1	4	1	2
4	3	1	1	3	1	1	1	1	1
5	4	2	2	2	1	1	2	1	4
6	5	2	2	1	7	3	2	1	4
7	6	3	2	3	2	1	4	2	2
8	7	2	2	2	3	2	1	2	4
9	8	2	2	2	2	1	2	2	4
10	9	2	1	3	4	3	1	2	4
11	10	2	2	2	5	3	2	2	5
12	11	3	2	2	2	1	3	3	4
13	12	3	2	2	5	3	3	3	5
14	13	3	1	1	4	3	2	3	4
15	14	1	2	1	3	2	1	2	3
16	15	2	2	1	4	3	2	3	1
17	16	1	2	1	1	1	1	3	5
18	17	4	2	5	1	1	5	3	3
19	18	5	1	4	1	1	5	3	2
20	19	3	1	4	2	1	3 4		5
21	20	2	1	3	2	1	2	3	4

Fragmento de la base de datos codificada utilizada para el análisis estadístico, en la que se observan variables sociodemográficas y variables correspondientes a prácticas y barreras en cuidados paliativos.