



REPÚBLICA DEL ECUADOR

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE
MILAGRO**

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y / O DE DESARROLLO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**MAGISTER EN SALUD PUBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD**

TEMA:

**ACEPTABILIDAD Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA
RESPIRATORIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PARROQUIA
YAGUACHI VIEJO**

AUTORES:

**MARTINEZ BARCO KLEBER ROBERTO
RAFFO ROMERO CARLOS DANIEL**

TUTOR:

MSc. JARA VITE JIMMY ARTURO

MILAGRO, 2025

DERECHOS DE AUTOR

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Nosotros,

Martínez Barco Kleber Roberto y Carlos Daniel Raffo Romero, en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Magíster en salud pública con mención en atención integral de salud**, como aporte a la Línea de Investigación **en salud Publica** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **28 de mayo del 2026**



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**KLEBER ROBERTO
MARTINEZ BARCO**

Martínez Barco Kleber Roberto.

C.I.: 0928783919



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**CARLOS DANIEL RAFFO
ROMERO**

Raffo Romero Carlos Daniel.

C.I.: 0951252204

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **JARA VITE JIMMY ARTURO**, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación, elaborado por, **Martínez Barco Kleber Roberto y Raffo Romero Carlos Daniel**, cuyo tema es Aceptabilidad y barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi, que aporta a la Línea de Investigación **en salud Publica**, previo a la obtención del Grado.

Magíster en salud pública con mención en atención integral de salud. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 03 de junio del 2026



JARA VITE JIMMY ARTURO

C.I.: 09294246 61

CERTIFICACIÓN DE DEFENSA



FACULTAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticuatro días del mes de julio del dos mil veintiseis, siendo las 10:59 horas, de forma PRESENCIAL comparece el/la maestrante, LIC. RAFFO ROMERO CARLOS DANIEL, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ACEPTABILIDAD Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PARROQUIA YAGUACHI VIEJO**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgti. VINUEZA MARTINEZ JORGE LUIS en calidad de Vocal; y, Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	59.33
DEFENSA ORAL	40.00
PROMEDIO	99.33
EQUIVALENTE	EXCELENTE

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.



MED. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



MGTI. VINUEZA MARTINEZ JORGE LUIS
VOCAL



MGS. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



RAFFO ROMERO CARLOS DANIEL
MAESTRANTE

FACULTAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticuatro días del mes de julio del dos mil veintiseis, siendo las 10:59 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. MARTÍNEZ BARCO KLÉBER ROBERTO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ACEPTABILIDAD Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PARROQUIA YAGUACHI VIEJO**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgti. VINUEZA MARTINEZ JORGE LUIS en calidad de Vocal; y, Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	59.33
DEFENSA ORAL	40.00
PROMEDIO	99.33
EQUIVALENTE	EXCELENTE

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.

 Firmado electrónicamente por:
ERIK STEVEN
SUAREZ GONZALEZ

MED. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

 Firmado electrónicamente por:
JORGE LUIS
VINUEZA MARTINEZ

MGTI. VINUEZA MARTINEZ JORGE LUIS
VOCAL

 Firmado electrónicamente por:
ANGELICA MARIA
SOLIS MANZANO

MGS. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

 Firmado electrónicamente por:
KLEBER ROBERTO
MARTINEZ BARCO

MARTÍNEZ BARCO KLÉBER ROBERTO
MAESTRANTE

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo de investigación, en primer lugar, a Dios, por brindarnos fortaleza, sabiduría y perseverancia durante cada etapa de este proceso académico.

A nuestras familias, quienes han sido un apoyo fundamental a lo largo de nuestra formación profesional y personal, motivándonos constantemente a seguir adelante pese a las dificultades presentadas en el camino.

A nuestros docentes y mentores, por compartir sus conocimientos, experiencias y orientación durante el desarrollo de esta investigación, contribuyendo significativamente a nuestro crecimiento académico y profesional.

Finalmente, dedicamos este esfuerzo a todas las personas que, desde el ámbito de la salud, trabajan diariamente por mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades respiratorias, inspirando el desarrollo de investigaciones orientadas al fortalecimiento del primer nivel de atención.

Martínez Barco Kleber Roberto.

Raffo Romero Carlos Daniel.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a Dios, por guiarnos y brindarnos la fortaleza necesaria para culminar esta importante etapa de formación profesional.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante durante el desarrollo de la presente investigación, siendo un pilar fundamental en cada momento de este proceso académico.

A nuestros docentes y tutores, quienes con sus conocimientos, orientación y experiencia contribuyeron significativamente al desarrollo de este trabajo investigativo y a nuestro crecimiento profesional dentro del área de la salud.

Asimismo, agradecemos a los profesionales de salud y usuarios de los centros de atención primaria de la parroquia Yaguachi Viejo, quienes participaron voluntariamente en el estudio y permitieron la obtención de información valiosa para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Finalmente, expresamos nuestro reconocimiento a todas las personas e instituciones que, de manera directa o indirecta, aportaron al desarrollo y culminación de esta investigación.

Martínez Barco Kleber Roberto.

Raffo Romero Carlos Daniel.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades respiratorias representan una causa frecuente de atención en el primer nivel de salud, generando impacto sobre la calidad de vida y demanda continua de servicios sanitarios. En este contexto, la terapia respiratoria constituye una estrategia orientada a la prevención, educación y rehabilitación respiratoria; sin embargo, su implementación en atención primaria continúa siendo limitada. El objetivo del estudio fue analizar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi Viejo. **Metodología:** Se realizó un estudio con enfoque mixto, de alcance descriptivo, diseño no experimental y corte transversal. Se efectuó análisis retrospectivo de registros epidemiológicos del año 2025 y recolección prospectiva de información mediante encuestas aplicadas a 40 usuarios y entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales de salud. Los datos cuantitativos fueron procesados mediante estadística descriptiva utilizando IBM SPSS Statistics y la información cualitativa mediante análisis temático. **Resultados:** Se evidenció una importante presencia de enfermedades respiratorias en la población estudiada, observándose síntomas respiratorios frecuentes y consultas recurrentes por estas patologías. El 97,5% de los participantes consideró útil implementar un servicio de terapia respiratoria en la comunidad, el 90% manifestó disposición para acudir a sesiones terapéuticas y el 85% reconoció beneficios sobre la salud respiratoria. Asimismo, los profesionales de salud identificaron beneficios relacionados con prevención y rehabilitación respiratoria, aunque señalaron barreras asociadas a infraestructura, equipamiento, organización institucional y necesidad de capacitación profesional. **Conclusiones:** Existe un contexto favorable para la implementación progresiva de servicios de terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo debido a la elevada aceptabilidad identificada

en usuarios y profesionales de salud. No obstante, persisten barreras estructurales y organizacionales que requieren fortalecimiento institucional para garantizar sostenibilidad y calidad en la atención respiratoria.

Palabras clave: terapia respiratoria, atención primaria de salud, aceptabilidad, barreras de implementación, enfermedades respiratorias.

ABSTRACT

Introduction: Respiratory diseases are a frequent cause of healthcare consultations at the primary care level, impacting quality of life and generating a continuous demand for health services. In this context, respiratory therapy constitutes a strategy aimed at prevention, education, and respiratory rehabilitation; however, its implementation in primary healthcare remains limited. The objective of this study was to analyze the acceptability and barriers to the implementation of respiratory therapy in primary healthcare in the parish of Yaguachi Viejo. **Methodology:** A mixed-methods study with a descriptive scope, non-experimental design, and cross-sectional approach was conducted. A retrospective analysis of epidemiological records from 2025 was performed, along with prospective data collection through surveys administered to 40 users and semi-structured interviews conducted with healthcare professionals. Quantitative data were processed using descriptive statistics with IBM SPSS Statistics, while qualitative information was analyzed through thematic analysis. **Results:** A significant presence of respiratory diseases was identified in the study population, with frequent respiratory symptoms and recurrent healthcare consultations related to these conditions. A total of 97.5% of participants considered the implementation of a respiratory therapy service in the community to be beneficial, 90% expressed willingness to attend therapeutic sessions, and 85% recognized benefits for respiratory health. Likewise, healthcare professionals identified benefits related to respiratory prevention and rehabilitation; however, they also reported barriers associated with infrastructure, equipment, institutional organization, and the need for professional training. **Conclusions:** There is a favorable context for the progressive implementation of respiratory therapy services at the primary healthcare level in the parish of Yaguachi Viejo due to the high level of acceptability identified among users and healthcare

professionals. Nevertheless, structural and organizational barriers persist, requiring institutional strengthening to guarantee the sustainability and quality of respiratory care services.

Keywords: respiratory therapy, primary health care, acceptability, implementation barriers, respiratory diseases.

INDICE

DERECHOS DE AUTOR	II
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	III
CERTIFICACIÓN DE DEFENSA	IV
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTOS.....	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	X
INDICE	XII
INDICE DE TABLAS	XIV
INDICE DE FIGURAS	XIV
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1. Planteamiento del Problema	5
1.2. Delimitación del Problema.....	6
1.3. Formulación del Problema:.....	7
1.4. Sistematización del Problema	7
1.5. Objetivos:	7
1.5.1. Objetivo General	8
1.5.2. Objetivos Específicos	8
1.6. Justificación	8
1.7. Declaración de las variables:.....	11
1.7.1. Operacionalización de las Variables	13
CAPITULO II: MARCO TEORICO	15
2.1. Antecedentes Referenciales	15
2.1.1. Justificación Epidemiológica y Necesidad Sanitaria.....	18
2.2. Marco Conceptual	19
2.3. Marco Teórico.....	20
2.3.1 Definición de Terapia Respiratoria	20
2.3.2. Atención Primaria de Salud (APS).....	21
2.3.2.1. Principios Estructurales de la APS.....	22
2.3.2.2. APS en el Contexto Ecuatoriano	22
2.3.3. Implementación de Servicios de Salud	23
2.3.3.1. Aceptabilidad en Salud	24
2.3.3.2. Barreras para la Implementación de Servicios de Salud	24
2.3.3.3. Enfoques Teóricos de Implementación.....	25
2.3.4. Rol del Terapeuta Respiratorio en Atención Primaria de Salud	26
2.3.4.1. Integración Funcional del Terapeuta Respiratorio en Equipos de Atención Primaria	27

2.3.4.2. Rol en la Adaptación Profesional y Trabajo Interdisciplinario.....	27
2.3.4.3. Impacto de su Incorporación en la Atención Comunitaria.....	28
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	29
3.1. Tipo y Diseño de Estudio.....	29
3.2. Área de Estudio	30
3.3. Población de Estudio	30
3.4. Muestra	30
3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión	31
3.6. Métodos de Investigación.....	31
3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	32
3.8. Procesamiento y Análisis Estadístico de la Información	33
3.9. Consideraciones Éticas.....	34
3.10. Viabilidad del estudio.	34
CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados	36
4.1 Prevalencia de enfermedades respiratorias.....	36
4.1.2 Distribución de casos respiratorios según sexo.....	37
4.1.3 Perfil epidemiológico de enfermedades respiratorias según diagnóstico	37
4.2. Resultados cuantitativos – Usuarios	38
4.2.1. Resultados específicos del instrumento	38
4.2.2. Síntesis integradora de los resultados	51
4.3 Resultados cualitativos (Entrevistas)	52
4.3.1. Caracterización de los participantes:.....	52
4.3.2. Análisis de contenido temático:	53
Categoría 1: Situación actual del servicio respiratorio	54
Categoría 2: Barreras estructurales e institucionales.....	55
Categoría 3: Necesidades formativas del personal.....	55
Categoría 4: Aceptación comunitaria y demanda existente.....	56
Categoría 5: Viabilidad percibida de implementación	57
4.3.3 Síntesis interpretativa.....	58
CAPÍTULO V: Discusión y Conclusión.....	60
5.1. Discusión	60
5.2. Conclusión	66
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS	74

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Prevalencia de enfermedades respiratorias.</i>	37
<i>Tabla 2. Distribución de enfermedades respiratorias según sexo.</i>	37
<i>Tabla 3. Características sociodemográficas de los usuarios encuestados.</i>	39
<i>Tabla 4. Nivel de aceptabilidad de la implementación del servicio de terapia respiratoria.</i>	40
<i>Tabla 5. Características respiratorias de la población encuestada.</i>	41
<i>Tabla 6. Conocimiento e interés sobre terapia respiratoria.</i>	43
<i>Tabla 7. Asociación entre síntomas respiratorios frecuentes y aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria.</i>	44
<i>Tabla 8. Asociación entre frecuencia de atención por enfermedades respiratorias y aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria.</i>	45
<i>Tabla 9. Asociación entre el conocimiento sobre terapia respiratoria y la aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria.</i>	47
<i>Tabla 10. Percepción de los usuarios sobre la accesibilidad geográfica al subcentro de salud.</i>	48
<i>Tabla 11. Percepción de los usuarios sobre la adecuación del horario de atención del subcentro.</i>	49
<i>Tabla 12. Nivel de confianza de los usuarios respecto a la implementación del servicio de terapia respiratoria.</i>	50
<i>Tabla 13. Categorías emergentes del análisis cualitativo</i>	53

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Perfil epidemiológico de enfermedades respiratorias según diagnóstico</i>	38
<i>Figura 2. Distribución de los Participantes según edad y genero.</i>	39
<i>Figura 3. Percepciones de los Usuarios sobre la Terapia Respiratoria.</i>	41
<i>Figura 4. Características respiratorias de la población encuestada.</i>	42
<i>Figura 5. Conocimiento e Interés sobre Terapia Respiratoria.</i>	43
<i>Figura 6. Aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria según presencia de síntomas respiratorios.</i>	45
<i>Figura 7. Aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria según frecuencia de atención por enfermedades respiratorias.</i>	46
<i>Figura 8. Aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria según conocimiento previo sobre terapia respiratoria.</i>	48

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el eje estratégico para el fortalecimiento de los sistemas de salud, particularmente en contextos donde persisten dificultades en el acceso y limitaciones en la capacidad resolutive del primer nivel. A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señaló que la APS es el mecanismo más eficaz para tener una garantía de equidad, sostenibilidad y cobertura universal en los sistemas de salud, especialmente en América Latina, en donde existe una fragmentación en los servicios y la concentración de recursos en niveles hospitalarios (*Salud en las Américas 2022. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19*, s. f.). Desde esta perspectiva, fortalecer el primer nivel no solo implicaría ampliar la infraestructura, sino también integrar servicios especializados que permiten prevenir complicaciones, reducir hospitalizaciones evitables y mejorar la continuidad del cuidado.

En este marco, las enfermedades respiratorias representan un problema relevante para los sistemas sanitarios por su elevada frecuencia, impacto en la calidad de vida y costos asociados. La evidencia nos ha destacado que la implementación de intervenciones estructuradas en la atención primaria puede mejorar los resultados clínicos y optimizar la organización de servicios, siempre que exista planificación adecuada y adaptación al contexto local (Watson et al., 2022). Esta dirección es particularmente oportuna para el abordaje de enfermedades crónicas respiratorias, cuyo manejo oportuno desde la comunidad puede disminuir exacerbaciones, hospitalizaciones y carga asistencial en niveles de mayor complejidad.

En el contexto ecuatoriano, los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) evidencian que las enfermedades del sistema respiratorio continúan figurando entre las principales causas de mortalidad en el país.

Según el Registro Estadístico de Defunciones Generales 2024 (datos provisionales), se registraron 3.768 defunciones por influenza y neumonía lo que representa una tasa de 21,0 por cada 100.000 habitantes y el 4,2 % del total de defunciones generales. Esta causa ocupó el sexto lugar entre las principales causas de muerte a nivel nacional (INEC, s. f.).

Esta situación nos refleja la necesidad de fortalecer estrategias preventivas y de rehabilitación desde el primer nivel de atención, considerando que una proporción significativa de complicaciones respiratorias podría manejarse de manera oportuna mediante intervenciones comunitarias adecuadas. La persistencia de esta carga epidemiológica plantea interrogantes sobre la suficiencia de los servicios que actualmente están disponibles en los centros de salud y sobre la posibilidad de incorporar disciplinas complementarias que amplíen la capacidad resolutive del equipo sanitario.

La OPS ha enfatizado que uno de los pilares para la consolidación de la APS es la reorganización de los servicios en torno a las necesidades reales de la población, promoviendo modelos de atención integrales e interdisciplinarios (Salud en las Américas 2022. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19, s. f.). Teniendo en cuenta esto, la integración de servicios de terapia respiratoria en el primer nivel de atención podría contribuir a fortalecer la prevención, la educación sanitaria y la rehabilitación pulmonar.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) promueve explícitamente la atención integral que incluye promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante equipos interdisciplinarios (Equipos Básicos de Salud - EBAS) que integran disciplinas complementarias para fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel y reducir referencias innecesarias a niveles de mayor complejidad. En particular, el modelo prioriza

el manejo de enfermedades respiratorias crónicas y agudas (asma bronquial, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, neumonía e influenza) en el primer nivel, incorporando acciones de rehabilitación funcional y seguimiento comunitario (Ministerio de Salud Pública, 2018).

A pesar de ello, la implementación de estos nuevos servicios en la atención primaria no va a depender únicamente de la evidencia clínica, sino también de los factores organizacionales, estructurales y perceptuales. La experiencia internacional nos ha demostrado que la implementación exitosa va a requerir de analizar el contexto institucional, la disponibilidad de recursos humanos, la infraestructura y la aceptación por parte de la comunidad y el personal de salud (Watson et al., 2022). Por lo tanto, evaluar la viabilidad desde una perspectiva integral se convierte en un paso necesario antes de plantear procesos formales de implementación.

Considerando la carga epidemiológica nacional reportada por el INEC y las recomendaciones regionales de la OPS sobre el fortalecimiento del primer nivel de atención, surge la necesidad de analizar si la incorporación de la terapia respiratoria en los centros de salud primaria de la parroquia Yaguachi Viejo es viable desde el punto de vista estructural y perceptivo. Más allá de la evidencia clínica, es esencial comprender cómo perciben esta posible incorporación tanto los usuarios como los profesionales de salud, debido a que la aceptación y el compromiso del equipo sanitario constituyen elementos determinantes en cualquier proceso de organización de servicios.

A pesar de la evidencia internacional que respalda la efectividad de la rehabilitación pulmonar y del reconocimiento estratégico de la Atención Primaria de Salud como eje de los sistemas sanitarios modernos, existe limitada evidencia en el contexto ecuatoriano sobre la factibilidad organizacional, la aceptabilidad social y las barreras para la incorporación de servicios de terapia respiratoria en el primer nivel de

atención. Esta ausencia de información local dificulta la toma de decisiones sanitarias basadas en evidencia contextualizada y pone en manifiesto la necesidad de investigaciones orientadas a evaluar la viabilidad real de estos servicios dentro de escenarios comunitarios específicos.

La presente investigación tiene como propósito analizar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi Viejo, en concordancia con los lineamientos internacionales sobre fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. El estudio se orienta a evaluar tanto la percepción de los profesionales de salud como el nivel de aceptación de los usuarios, así como a identificar los factores que podrían limitar su implementación en el contexto local.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del Problema

Las enfermedades respiratorias crónicas constituyen uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial debido a su carácter progresivo, su impacto en la funcionalidad y su alta demanda de servicios sanitarios. La evidencia científica respalda de manera consistente la rehabilitación pulmonar como intervención fundamental en el manejo integral de estas patologías, demostrando mejoras significativas en la capacidad funcional, reducción de la disnea, mejoría en la calidad de vida y disminución de hospitalizaciones y reingresos, especialmente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras afecciones respiratorias crónicas (Rochester et al., 2023).

En el contexto nacional, el análisis de la carga hospitalaria permite dimensionar la magnitud del problema. De acuerdo con el Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2024, las enfermedades del sistema respiratorio se mantienen entre las principales causas de egresos hospitalarios en Ecuador, generando una elevada utilización de camas y recursos especializados (*Ecuador - Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2024 - Información general*, s. f.). Esta situación evidencia una demanda asistencial persistente que impacta en la sostenibilidad del sistema sanitario y refleja la necesidad de fortalecer intervenciones preventivas y de seguimiento continuo en fases tempranas de la enfermedad.

Desde una perspectiva organizacional, la Atención Primaria de Salud (APS) ha sido reconocida como eje estructural para mejorar la eficiencia, equidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios. La Organización Panamericana de la Salud señala que los sistemas basados en APS deben garantizar servicios integrales, accesibles y centrados en la comunidad, priorizando la prevención, el cuidado continuo y la reducción de

hospitalizaciones evitables (*Primary Health Care - PAHO/WHO | Pan American Health Organization*, 2026).

Sin embargo, pese a la sólida evidencia internacional sobre la efectividad de la rehabilitación pulmonar y al reconocimiento estratégico de la APS, en el modelo organizacional actual del primer nivel de atención en Ecuador no se encuentra incorporado de manera estructurada un servicio de terapia respiratoria. Esta ausencia limita la capacidad resolutive comunitaria frente a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y favorece la dependencia del nivel hospitalario como principal espacio de intervención.

La persistencia de egresos hospitalarios por causas respiratorias, sumada a la inexistencia de programas sistemáticos de rehabilitación en el primer nivel, configura una brecha entre el conocimiento científico disponible y su aplicación en la práctica asistencial. En la parroquia Yaguachi Viejo, donde el primer nivel constituye el principal punto de acceso al sistema sanitario, no se dispone de un servicio formal de terapia respiratoria que permita intervenir de manera preventiva y rehabilitadora, lo que favorece la persistencia de hospitalizaciones potencialmente evitables y el deterioro progresivo de la funcionalidad.

En consecuencia, surge la necesidad de analizar la prevalencia local de enfermedades respiratorias y evaluar la aceptabilidad y las barreras para la implementación, considerando tanto el contexto epidemiológico como las condiciones organizacionales y la percepción de los actores involucrados.

1.2.Delimitación del Problema

La presente investigación se delimita en los centros de salud del primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo, cantón San Jacinto de Yaguachi, provincia del Guayas, Ecuador.

En cuanto al tiempo, las encuestas y entrevistas se desarrollarán el 24 de noviembre de 2025 y la recolección de los datos epidemiológicos el 3 de marzo del 2026.

Respecto a la población, estará conformada por los usuarios que acuden al primer nivel de atención y presentan diagnóstico de enfermedad respiratoria durante el periodo de estudio, y profesionales de salud que laboran en dichos establecimientos.

En relación con las variables clave, la investigación se centrará en el análisis de la prevalencia de enfermedades respiratorias en el primer nivel de atención, y la factibilidad de implementación de un servicio de terapia respiratoria, evaluada mediante la percepción del personal de salud, el nivel de aceptación de los usuarios y la identificación de barreras institucionales. El estudio no contempla la implementación operativa del servicio ni la evaluación de resultados clínicos posteriores, limitándose a determinar su viabilidad contextual.

1.3. Formulación del Problema:

¿Cuál es el nivel de aceptabilidad y cuáles son las barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi Viejo?

1.4. Sistematización del Problema

¿Cuál es la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población atendida en los establecimientos de salud de la parroquia Yaguachi Viejo?

¿Cuál es el nivel de aceptabilidad de los usuarios frente a la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención?

¿Cuáles son las principales barreras percibidas por los profesionales de salud para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención?

¿Cuál es la percepción de los profesionales de salud sobre la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención?

1.5. Objetivos:

1.5.1. Objetivo General

Analizar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi Viejo.

1.5.2. Objetivos Específicos

Determinar la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población atendida en los establecimientos de salud de la parroquia Yaguachi Viejo.

Evaluar el nivel de aceptabilidad de los usuarios frente a la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención.

Identificar las barreras percibidas por los profesionales de salud para la implementación de la terapia respiratoria.

1.6. Justificación

La implementación de un servicio de terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo resulta conveniente debido a la creciente carga de enfermedades respiratorias y a la necesidad de acercar intervenciones eficaces a la comunidad, permitiendo no solo mejorar el acceso oportuno al tratamiento, sino también fortalecer la continuidad del cuidado y reducir la sobrecarga en niveles hospitalarios. La terapia respiratoria, que incluye intervenciones como oxigenoterapia, nebulización, higiene bronquial y programas estructurados de rehabilitación pulmonar, ha demostrado ser clínicamente eficaz en el manejo de patologías respiratorias crónicas; sin embargo, su implementación efectiva depende de múltiples factores organizacionales y contextuales. En este sentido, la evidencia ha demostrado que, pese a la eficacia comprobada de la rehabilitación pulmonar, su aplicación enfrenta barreras estructurales, limitaciones de recursos humanos capacitados y debilidades en el liderazgo institucional, lo que genera una brecha significativa entre evidencia científica y práctica asistencial (Qin et al., 2025a).

La importancia y relevancia del presente estudio radican en que aborda precisamente esa brecha en un contexto local específico, permitiendo analizar el nivel de aceptabilidad del servicio y las barreras que podrían influir en su implementación en el primer nivel de atención. En este contexto, la aceptabilidad del servicio constituye un elemento clave en los procesos de implementación en salud, ya que influye directamente en la adopción, uso y sostenibilidad de las intervenciones. Incluso cuando existe evidencia sólida sobre la eficacia clínica, la falta de aceptación por parte de los usuarios puede limitar significativamente la utilización del servicio y su impacto en la salud. Por ello, evaluar la aceptabilidad permite anticipar resistencias, adaptar las estrategias de implementación al contexto local y garantizar que las intervenciones respondan a las necesidades reales de la población.

Asimismo, investigaciones recientes han evidenciado limitaciones importantes en la derivación hacia programas de rehabilitación respiratoria desde el primer nivel de atención. Un estudio reportó que el 31,1% de los profesionales de salud nunca ha referido pacientes a rehabilitación respiratoria, lo que refleja una brecha significativa en la integración de estos servicios. Además, entre quienes sí realizan la derivación, el criterio predominante es la limitación funcional (78,5%), considerado extremadamente importante por el 64% de los participantes, lo que evidencia que la toma de decisiones clínicas no siempre se basa en un enfoque integral del paciente (Silva et al., 2024).

Por otra parte, en relación con estrategias alternativas de implementación, la evidencia sobre telerehabilitación pulmonar muestra resultados limitados en comparación con la atención tradicional. Un metaanálisis que incluyó 3.190 participantes evidenció que, aunque se observaron ligeras mejoras en el número de pasos diarios, no se registraron mejoras significativas en la capacidad funcional, la calidad de vida ni en la disnea, lo que

sugiere que estas estrategias, aunque accesibles, no sustituyen completamente la atención convencional y deben considerarse como complementarias (Ayala-Chauvin et al., 2024).

En cuanto al aporte teórico, esta investigación contribuye al campo de la implementación en salud al integrar evidencia sobre eficacia clínica con variables contextuales como la aceptación comunitaria y las barreras institucionales. Estudios recientes han demostrado que la integración de la rehabilitación pulmonar en atención primaria se ve limitada por factores como el desconocimiento clínico, la falta de programas estructurados y la insuficiente capacitación del personal. Asimismo, se ha identificado que la falta de liderazgo institucional y las restricciones organizacionales constituyen obstáculos relevantes para la adopción de estas intervenciones. En este sentido, el estudio no busca reiterar la eficacia terapéutica ya demostrada, sino aportar evidencia contextual que permita comprender las condiciones reales de implementación en un entorno específico.

Respecto a las implicaciones prácticas, los resultados permitirán identificar la prevalencia de enfermedades respiratorias en el primer nivel de atención, evaluar la aceptabilidad del servicio en los usuarios y reconocer las principales barreras operativas para su implementación. Esto proporcionará información estratégica para la toma de decisiones administrativas y sanitarias orientadas a la incorporación progresiva y sostenible de la terapia respiratoria. Además, permitirá orientar el diseño de estrategias adaptadas al contexto local, incluyendo posibles modalidades complementarias como la tele-rehabilitación.

En términos de utilidad metodológica, esta investigación propone un abordaje integral que combina análisis epidemiológico (prevalencia), evaluación del nivel de aceptación de usuarios e identificación de barreras institucionales, permitiendo generar un modelo evaluativo replicable en otros contextos similares. Este enfoque responde a las

recomendaciones actuales de investigación en implementación, que sugieren considerar no solo la eficacia clínica, sino también los determinantes organizacionales y sociales que influyen en la aceptabilidad y en las barreras para la implementación.

Los beneficiarios directos de este estudio serán los usuarios del primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo que padecen enfermedades respiratorias, quienes podrían acceder a intervenciones oportunas y continuas dentro de su propio territorio. De manera indirecta, se beneficiarán los profesionales de salud al fortalecer sus competencias y herramientas terapéuticas, así como el sistema sanitario local al optimizar recursos y disminuir derivaciones innecesarias a niveles hospitalarios.

Finalmente, desde la perspectiva de cambio social, la implementación de un servicio de terapia respiratoria en atención primaria contribuiría a reducir inequidades en el acceso a servicios especializados, promoviendo un modelo de atención más resolutivo, preventivo y centrado en la comunidad. Al fortalecer el primer nivel y descentralizar intervenciones respiratorias eficaces, se favorece una atención más equitativa y sostenible, alineada con los principios de accesibilidad, continuidad y justicia sanitaria.

1.7. Declaración de las variables:

Variable 1: Prevalencia de enfermedades respiratorias

Tipo de variable:

Cuantitativa discreta.

Definición conceptual:

Se refiere a la proporción de individuos que presentan enfermedades del sistema respiratorio dentro de una población determinada en un periodo específico de tiempo.

Definición operativa:

La prevalencia de enfermedades respiratorias será determinada mediante la revisión y análisis de los registros epidemiológicos oficiales del centro de salud,

identificando los casos diagnosticados de patologías respiratorias clasificadas según el sistema CIE-10 y su distribución por grupos etarios.

Dimensión:

Perfil epidemiológico.

Indicadores:

- Tasa de morbilidad de enfermedades respiratorias (según CIE-10).
- Número de casos registrados.

Nivel de medición:

Razón.

Técnica e instrumento:

- Técnica: análisis documental.
- Instrumento: matriz de vaciado de datos.

Variable 2: Aceptabilidad y barreras para la implementación de la terapia respiratoria

Tipo de variable:

Mixta (cuantitativa y cualitativa)

Definición conceptual:

Se refiere al nivel de aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria por parte de los usuarios, así como a las barreras estructurales, organizacionales y de recursos humanos percibidas por los profesionales de salud que influyen en su implementación en el primer nivel de atención.

Definición operativa:

Será evaluada mediante encuestas dirigidas a usuarios para medir el nivel de aceptabilidad del servicio, y entrevistas a profesionales de salud para identificar barreras relacionadas con su implementación.

Dimensiones:

- Nivel de aceptabilidad en usuarios
- Barreras para la implementación

Indicadores:**Aceptabilidad:**

- Intención de uso del servicio
- Nivel de aceptación percibida
- Percepción de utilidad del servicio

Barreras:

- Barreras de infraestructura
- Barreras de recursos humanos
- Barreras de capacitación
- Barreras organizacionales

Nivel de medición:

- Escala Likert
- Dicotómica

Técnica e instrumento:

- Técnica: encuesta (usuarios) y entrevista (profesionales)
- Instrumentos: cuestionario estructurado y guía de entrevista

1.7.1. Operacionalización de las Variables

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores	Nivel de medición	Técnica e instrumento
Prevalencia de enfermedades respiratorias	Cuantitativa discreta	Proporción de individuos que presentan enfermedades respiratorias en una población durante un periodo determinado.	Determinada mediante revisión de registros epidemiológicos del establecimiento de salud, identificando casos según clasificación CIE-10 durante el año 2025.	Perfil epidemiológico	- Tasa de morbilidad según CIE-10 - Número de casos registrados	Razón	Técnica: Análisis documental Instrumento: Matriz de vaciado de datos
Aceptabilidad y barreras para la implementación de la terapia respiratoria	Mixta (cuantitativa y cualitativa)	Nivel de aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria por parte de los usuarios y barreras estructurales, organizacionales y de recursos humanos percibidas por los profesionales de salud que influyen en su implementación.	Evaluada mediante encuestas a usuarios (aceptabilidad) y entrevistas a profesionales de salud (barreras para la implementación).	1. Aceptabilidad en usuarios 2. Barreras para la implementación	Aceptabilidad: - Intención de uso del servicio - Nivel de aceptación - Percepción de utilidad Barreras: - Infraestructura - Recursos humanos - Capacitación - Organización institucional	Escala Likert Dicotómica	Técnica: Encuesta y entrevista Instrumentos: Cuestionario estructurado y guía de entrevista

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes Referenciales

La Terapia Respiratoria está constituido por un campo especializado dentro de las ciencias de la salud el cual se orienta a la prevención, evaluación, tratamiento y seguimiento de enfermedades respiratorias agudas y crónicas en los distintos niveles de atención. Entre las intervenciones que incluyen están la educación respiratoria, entrenamiento en técnicas ventilatorias, higiene bronquial, control y uso adecuado de dispositivos inhalatorios, rehabilitación pulmonar, evaluación funcional básica, prevención de exacerbaciones y seguimiento comunitario. Tomando esto en cuenta, aunque la mayoría de la evidencia científica reciente se centra en rehabilitación pulmonar, estos estudios resultan pertinentes para el análisis de la terapia respiratoria en atención primaria, permitiendo de esta manera comprender los desafíos estructurales, organizativos y formativos que condicionan la implementación de intervenciones respiratorias en los sistemas sanitarios.

A nivel global, la literatura científica demostró que las intervenciones respiratorias estructurales son clínicamente efectivas, pero a pesar de ello se encontró que su implementación enfrenta barreras complejas. Qin y otros. (2025) desarrollaron una revisión sistémica con enfoque mixto para identificar barreras y facilitadores en la participación en programas de rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC, integraron evidencia cuantitativa y cualitativa. Los resultados mostraron que los principales obstáculos incluyeron una baja alfabetización en salud, ansiedad, limitaciones económicas, dificultades geográficas y escaso apoyo social, mientras que entre los facilitadores destacaron el acompañamiento profesional y cercanía del servicio. Los autores concluyeron que la disponibilidad de programas no garantiza su uso efectivo, evidenciando una brecha entre la oferta sanitaria y el acceso real, lo que apunta a que la

integración de los servicios respiratorios demanda el abordaje de los determinantes sociales y estructurales más allá de la dimensión clínica (Qin et al., 2025b).

Además, Lim y otros. (2025) realizaron una revisión sistemática centrada en países de ingresos bajos y medianos, identificando barreras financieras, déficit de profesionales capacitados e infraestructuras limitadas como factores determinantes para la baja cobertura de programas respiratorios. Los autores sustentan que los modelos hospitalarios tradicionales resultan insuficientes para garantizar equidad en el acceso, recomendando estrategias descentralizadas y adaptadas al contexto comunitario. Este planteamiento adquiere especial relevancia cuando analizamos la incorporación de terapia respiratoria en el primer nivel de atención, en donde la descentralización constituye un elemento clave para ampliar la cobertura y reducir desigualdades (Lim et al., 2025).

Desde una perspectiva de innovación, Aburub y otros (2024) evaluaron el impacto de las intervenciones digitales aplicadas en programas respiratorios, encontrando mejoras en la capacidad funcional y desempeño físico en pacientes con EPOC. Sin embargo, los autores advirtieron que la tecnología no sustituye la necesidad de estructuras organizativas sólidas ni de capacitación profesional adecuada. Este hallazgo introduce un elemento crítico en el análisis de la expansión de la terapia respiratoria en la APS, dado a que no solo requiere de recursos técnicos, sino también de fortalecimiento institucional y formación continua del personal sanitario (Aburub et al., 2024).

Cuando analizamos la articulación con la atención primaria de salud, Cox y otros (2024) han evidenciado que las tasas de derivaciones desde el primer nivel hacia programas respiratorios especializados son considerablemente bajas. Entre las causas que se identificaron encontramos el desconocimiento de los servicios disponibles, procesos de referencia poco estructurados y débil integración entre niveles asistenciales. Este

hallazgo es especialmente relevante, ya que demuestra que la puerta de entrada del sistema sanitario no está plenamente articulado con intervenciones respiratorias especializadas, generando discontinuidad en el cuidado y pérdida de oportunidad terapéutica (Cox et al., 2024).

En el contexto ecuatoriano, la evidencia disponible ha reflejado brechas similares a las observadas internacionalmente, Félix y otros. (2024) evaluaron el conocimiento y actitudes de médicos ecuatorianos respecto a intervenciones posteriores a COVID-19, encontrando que, aunque la mayoría reconoce su importancia clínica, existe limitado conocimiento sobre protocolos formales y rutas estructuradas de derivación. Esta brecha entre el reconocimiento conceptual y la aplicación práctica evidencio que existen debilidades formativas y organizativas que podrían dificultar la integración de servicios de terapia respiratoria en el primer nivel de atención (Felix et al., 2024a).

Por otra parte, un estudio que se realizó en Guayaquil demostró que un programa estructurado de rehabilitación respiratoria produjo mejoras significativas en disnea, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con EPOC. Si bien estos resultados confirmaron la eficiencia clínica de las intervenciones respiratorias en el contexto nacional, la experiencia se desarrolló en un entorno específico y no integrado al primer nivel de atención, lo que evidencia una concentración hospitalaria de servicios y limitada descentralización hacia escenarios comunitarios (Villamar-Rodríguez, 2023).

En síntesis, la evidencia internacional, regional y nacional coincide en un punto crítico, las intervenciones respiratorias son clínicamente efectiva, pero su integración en la atención primaria enfrenta barreras estructurales, organizativas y formativas que limitan su alcance. A pesar de que la mayoría de los estudios se enfocan en la rehabilitación pulmonar, los hallazgos son extrapolables al campo más amplio de la terapia respiratoria, ya que compartes desafíos similares en términos de accesibilidad,

coordinación interinstitucional y capacitación profesional. La problemática encontrada no radica en la falta de evidencia científica, sino en la limitación en la articulación de servicios respiratorios dentro del primer nivel de atención, esta brecha sostiene la necesidad de analizar la factibilidad de incorporar terapia respiratoria en APS, considerando dimensiones organizativas, profesionales y estructurales que condicionan su implementación efectiva.

2.1.1. Justificación Epidemiológica y Necesidad Sanitaria

Las enfermedades respiratorias crónicas han representado una de las principales cargas de enfermedades en el mundo debido a su alta prevalencia, morbilidad y su asociación con factores de riesgos prevenibles, como lo son el tabaquismo y la exposición ambiental. Un estudio global basado en el Estudio de Carga Global de Enfermedades (GBD 2023) estima que en 2023 aproximadamente 569,2 millones de personas en el mundo vivían con una enfermedad respiratoria crónica, siendo que estas condiciones sean responsables de alrededor de 4,2 millones de muertes ese mismo año. Esta carga recalca la magnitud y persistencia del problema en el contexto de la salud pública global, incluso en el marco de cambios epidemiológicos recientes como la pandemia por COVID-19, que ha interactuado con las enfermedades crónicas en múltiples niveles (Oh et al., 2026).

Conjuntamente, las estimaciones del GBD (Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad) 2021 revelan que las enfermedades respiratorias crónicas afectaron a más de 468 millones de personas a nivel mundial, con más de 4,4 millones de muertes y 108,5 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) atribuibles a estas patologías. Esto nos dice que, aunque algunas tasas ajustadas por edad han disminuido, el número absoluto de casos y la carga global siguen siendo elevados debido al crecimiento y envejecimiento de la población, lo cual plantea una necesidad clara de estrategias sanitarias para el manejo sostenido de estas afecciones (Cao et al., 2025).

El impacto de estas enfermedades no se ven limitadas a la morbilidad y mortalidad, si no que está fuertemente influenciado por factores de riesgos como el uso del tabaco, la contaminación del aire y otros determinantes sociales de la salud. Entre las causas más atribuibles tenemos al tabaquismo, el cual es el principal impulsor del desarrollo y progresión de enfermedades respiratorias crónicas a nivel mundial, como resultado tenemos una fuerte carga epidemiológica de enfermedades respiratorias crónicas y su asociación con factores conductuales y ambientales recalcan la necesidad de fortalecer los sistemas de atención primaria. Esta necesidad sanitaria se ha convertido a la atención primaria de salud en un escenario indispensable para la detección temprana, el manejo continuo y la coordinación de cuidados de estas afecciones, lo que justifica la pertinencia de evaluar la viabilidad de implementar servicios de terapia respiratoria en el primer nivel de atención (Ren et al., 2025).

2.2. Marco Conceptual

Atención primaria de salud:

La APS ha sido definida como el nivel esencial del sistema sanitario orientado a garantizar acceso equitativo, continuidad del cuidado y resolución temprana de problemas de salud en el entorno comunitario.

Delimitación operativa: En esta investigación, la APS se delimita como los centros de salud de la parroquia Yaguachi viejo, escenario donde se analiza la posible incorporación del servicio de terapia respiratoria

Terapia respiratoria:

Se define como la disciplina del área de la salud que se encarga de la prevención, evaluación y rehabilitación de las enfermedades que afectan al sistema respiratorio.

Delimitación operativa: En este estudio se refiere a la posible implementación de actividades de evaluación básica, educación respiratoria preventiva y rehabilitación pulmonar en los centros de salud de atención primaria.

Barreras de Implementación:

Factores estructurales, organizacionales o perceptuales que dificultan la adopción de una intervención sanitaria.

Delimitación operativa: será identificadas mediante entrevistas y encuestas aplicadas a profesionales de salud.

Aceptabilidad:

Se refiere al grado en que los usuarios consideran adecuado, útil y satisfactorio un servicio de salud, influyendo en su disposición para utilizarlo.

Delimitación operativa: Será evaluada mediante encuestas aplicadas a usuarios del primer nivel de atención, utilizando escalas tipo Likert para medir el nivel de aceptación del servicio de terapia respiratoria.

2.3. Marco Teórico

2.3.1 Definición de Terapia Respiratoria

La terapia respiratoria es una disciplina especializada en el abordaje de las alteraciones del sistema respiratorio mediante intervenciones técnicas, educativas y preventivas, las cuales están orientadas a optimizar la ventilación, el intercambio gaseoso y la funcionabilidad pulmonar. Es fundamental para la atención de condiciones agudas y crónicas, así como el acompañamiento prolongado del paciente en distintos niveles del sistema de salud.

Desde un punto de vista conceptual, la terapia respiratoria está sustentada en la fisiología respiratoria, la fisiopatología pulmonar y los principios de atención centrada en la persona, añadiendo estrategias terapéuticas que no solo buscan el alivio sintomático, sino también la mejora funcional y la prevención de complicaciones (Ring et al., 2022).

Dentro de las intervenciones comunes a aplicar en este campo tenemos la nebulización, la cual se basa en la administración de medicamento en forma de aerosol mediante un dispositivo nebulizador que convierte medicamentos líquidos en aerosol, también tenemos la oxigenoterapia la cual es una intervención terapéutica que está destinada a corregir estados de hipoxemia mediante la administración de oxígeno medicinal, de este modo se logra que la presión parcial de oxígeno arterial lo cual garantiza la oxigenación y previene el deterioro orgánico. Entre las técnicas más especializadas tenemos la fisioterapia respiratoria la cual se basa en un conjunto de técnicas las cuales estas destinadas a optimizar la función respiratoria, eliminar secreciones bronquiales, mejora la capacidad pulmonar y aumentar la tolerancia al ejercicio. También tenemos a la rehabilitación pulmonar el cual es un programa estructurado de intervención multidimensional que combina entrenamiento físico, educación terapéutica y apoyo psicosocial para personas con enfermedades respiratorias crónicas (Felix et al., 2024b; Garner et al., 2022; Long et al., 2023).

2.3.2. Atención Primaria de Salud (APS)

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el eje estructural de los sistemas sanitarios orientados a la equidad, accesibilidad y eficiencia. Está definido como el primer nivel de contacto de la comunidad con el sistema de salud, logrando de este modo una atención continua, integral y coordinada a lo largo del ciclo vital.

Desde un punto de vista teórico, las APS se fundamentan desde el principio de que la salud no solo depende de intervenciones hospitalarias, sino de estrategias de prevención, promoción a la salud y el manejo temprano de enfermedades en el entorno comunitario. Este rumbo se consolidó en la Declaración de Alma-Ata, reafirmandose en la Declaración de Astaná, la cual posicionó a la APS como la estrategia central para alcanzar una cobertura sanitaria universal y fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud (OMS, s. f.).

2.3.2.1. Principios Estructurales de la APS

La Atención Primaria de Salud se articula en torno a cuatro principios fundamentales:

Accesibilidad: La cual implica que los servicios de salud deben estar disponibles geográficamente, tienen que ser económicamente asequibles y culturalmente aceptables para la población.

Integralidad: Esta se refiere a la capacidad del sistema para ofrecer una atención preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa dentro del mismo nivel de atención, evitando de este modo la fragmentación de servicios.

Continuidad: Hace referencia al seguimiento del tratamiento de los pacientes a lo largo del tiempo, logrando de este modo un monitoreo de aquellos que padezcan enfermedades crónicas y adaptar intervenciones según la evolución clínica del mismo.

Coordinación: consiste en la unión eficiente entre niveles de atención y profesionales de la salud, garantizando de este modo que las intervenciones especializadas se integren al cuidado primario sin duplicidad ni fragmentación (Behera et al., 2022).

2.3.2.2. APS en el Contexto Ecuatoriano

En Ecuador, la atención primaria de salud está organizada bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), en donde se ha establecido que el primer nivel de atención tiene que resolver la mayoría de las necesidades sanitarias de la población, mediante estrategias preventivas, promoción de salud y manejo de enfermedades crónicas. El MAIS-FCI reconoce la importancia de equipos multidisciplinarios y la territorialización del cuidado, promoviendo de este modo intervenciones adaptadas al contexto comunitario (MSP, s. f.).

Este enfoque fortalece la idea de que servicios como la terapia respiratoria puedan integrarse al primer nivel cuando contribuyen a la resolución efectiva de problemas prevalentes, especialmente enfermedades respiratorias crónicas y condiciones post-infecciosas de alta carga comunitaria.

Además del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el Ministerio de Salud Pública promueve el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante estrategias orientadas a la prevención, promoción de la salud, manejo integral de enfermedades crónicas y funcionamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Estos lineamientos favorecen la incorporación progresiva de servicios interdisciplinarios dirigidos a mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel, constituyendo un marco normativo que respalda la evaluación de nuevas estrategias como la terapia respiratoria comunitaria.

2.3.3. Implementación de Servicios de Salud

La implementación de servicios de salud constituye un proceso complejo que implica la integración de intervenciones basadas en evidencia dentro de contextos reales de atención, considerando factores organizacionales, estructurales y humanos que pueden influir en su éxito o fracaso. En este sentido, la ciencia de la implementación ha demostrado que la efectividad de una intervención no depende únicamente de su validez clínica, sino también de las condiciones en las que se introduce y se adopta en los sistemas de salud (Damschroder et al., 2022).

Asimismo, se ha evidenciado que la implementación efectiva requiere considerar múltiples determinantes, incluyendo características del contexto institucional, la preparación del personal de salud y la disponibilidad de recursos, los cuales interactúan entre sí e influyen en los resultados de las intervenciones. Estudios recientes han identificado que existen factores clave o determinantes que deben ser abordados de

manera prioritaria para garantizar el éxito en la implementación de programas de salud (Schmitt et al., 2025).

2.3.3.1. Aceptabilidad en Salud

La aceptabilidad se define como el grado en que los usuarios perciben una intervención de salud como adecuada, útil y satisfactoria, influyendo directamente en su adopción y utilización. Este concepto es fundamental en la implementación de servicios, ya que incluso intervenciones clínicamente eficaces pueden fracasar si no son aceptadas por la población a la que están dirigidas (Jaramillo et al., 2023).

Diversos estudios han demostrado que la aceptabilidad se relaciona estrechamente con factores como la percepción de utilidad, la confianza en el servicio y la accesibilidad, lo que condiciona la adherencia y continuidad del tratamiento. En este sentido, la evaluación de la aceptabilidad permite identificar posibles resistencias y adaptar las estrategias de implementación a las necesidades del contexto local (Parmar et al., 2022).

Por lo tanto, la aceptabilidad no solo constituye un indicador de satisfacción, sino un determinante clave para la sostenibilidad de los servicios de salud, especialmente en el primer nivel de atención, donde la interacción directa con la comunidad es fundamental.

2.3.3.2. Barreras para la Implementación de Servicios de Salud

Las barreras para la implementación se refieren a aquellos factores que dificultan o limitan la adopción de intervenciones en los sistemas de salud. Estas pueden clasificarse en barreras estructurales, organizacionales y relacionadas con los recursos humanos, incluyendo la falta de infraestructura, limitaciones de personal capacitado y deficiencias en la gestión institucional (Zolfaghari et al., 2022).

La literatura ha evidenciado que estas barreras no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí, generando contextos complejos que afectan la implementación de servicios. En este sentido, la identificación de dichas barreras permite comprender las

condiciones reales del sistema de salud y orientar estrategias de mejora que faciliten la incorporación de nuevas intervenciones (Schmitt et al., 2025).

Asimismo, se ha demostrado que la falta de recursos, la resistencia al cambio y las limitaciones organizacionales son factores recurrentes que afectan la implementación de programas de salud, especialmente en contextos de atención primaria.

2.3.3.3. Enfoques Teóricos de Implementación

Para comprender los procesos de implementación, diversos modelos teóricos han sido desarrollados, entre los cuales destaca el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), que permite analizar los factores que influyen en la adopción de intervenciones en salud. Este modelo considera dominios como el contexto interno, el contexto externo, las características de la intervención y los procesos de implementación (Damschroder et al., 2022).

1. **Características de la intervención**, incluyen complejidad, adaptabilidad y evidencia disponible.
2. **Contexto externo**, que abarca normativa, políticas sanitarias y necesidades poblacionales.
3. **Contexto interno**, se relaciona con la cultura organizacional, liderazgo, actitudes y competencias de los profesionales.
4. **Características de los individuos**, aquí tenemos conocimientos, actitudes y competencias de los profesionales.
5. **Proceso de implementación**, comprenden planificación, ejecución y evaluación.

Sin embargo, en el presente estudio, el uso de este tipo de marcos teóricos se limita a servir como referencia conceptual para la identificación de barreras, sin constituir el eje

central de la investigación, la cual se enfoca principalmente en la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención.

En esta investigación, el modelo CFIR orienta conceptualmente la identificación de los factores que pueden favorecer o dificultar la implementación de la terapia respiratoria. El dominio "Características de la intervención" se relaciona con la utilidad y adaptabilidad del servicio; el "Contexto externo" comprende las políticas sanitarias nacionales y las necesidades de la población de Yaguachi Viejo; el "Contexto interno" incluye la infraestructura, disponibilidad de recursos y cultura organizacional del establecimiento; las "Características de los individuos" consideran el conocimiento y la percepción de los profesionales de salud; finalmente, el dominio "Proceso de implementación" permite interpretar las estrategias necesarias para incorporar progresivamente el servicio dentro del primer nivel de atención.

2.3.4. Rol del Terapeuta Respiratorio en Atención Primaria de Salud

El terapeuta respiratorio es un profesional de la salud el cual se encarga de la prevención, evaluación, educación terapéutica y manejo de problemas respiratorios. Aunque normalmente sus prácticas se enfocan solamente en servicios hospitalarios, en los últimos años su perfil se ha adaptado a entornos de atención primaria, en donde contribuye al manejo de condiciones respiratorias, la educación y la coordinación de rutas clínicas con un orientación más preventiva y comunitaria. Reconocer la adaptación de roles profesionales en atención primaria, nos refleja la importancia de diversificar las funciones del equipo de salud para responder a las necesidades de la población, especialmente en contextos de cuidado crónico o acceso limitado a niveles superiores de atención (Brown et al., 2024).

2.3.4.1. Integración Funcional del Terapeuta Respiratorio en Equipos de Atención Primaria

Dentro de los equipos de APS, el terapeuta respiratorio puede desempeñar funciones fundamentales como lo es la identificación temprana de patologías respiratorias, la evaluación con pruebas funcionales como las espirometrías, la educación en planes de acción para enfermedades como asma o EPOC, y la coordinación de intervenciones de seguimiento. Logrando de esta manera una mejor atención individual y fortalecer la resolución de necesidades respiratorias sin derivaciones innecesarias a niveles hospitalarios (Long et al., 2023).

La integración de estos profesionales en el primer nivel aportaría directamente en la educación del paciente, enseñando estrategias de respiración, manejo de inhaladores, identificación de exacerbaciones y adherencias a tratamientos prescritos, siendo clave para reducir las complicaciones, mejorar la autogestión del paciente y aumentar la efectividad de los programas de atención continua dentro de APS. Dentro de la literatura actual se ha encontrado recientemente que el terapeuta respiratorio en el primer nivel de atención contribuye significativamente a la atención de enfermedades respiratorias prevalentes y a la calidad de los servicios comunitarios (Moya Brenes et al., 2025).

2.3.4.2. Rol en la Adaptación Profesional y Trabajo Interdisciplinario

La adaptación del profesional en terapia respiratoria dentro de APS se desarrolla en interacción con otros profesionales de salud, como médicos, enfermeras/os y otros terapeutas. Esta adaptación profesional establece una respuesta a desafíos organizacionales y comunitarios, entre los cuales tenemos a la escasez de recursos, la integración de equipos multidisciplinarios y la necesidad de maximizar la capacidad resolutive del primer nivel. Estudios recientes han mostrado que la expansión del rol del terapeuta respiratorio hacia APS, en especial por respuesta a situación como la pandemia

de COVID-19, han evidenciado la importancia de mecanismos de apoyo, comunicación interdisciplinaria y reconocimiento institucional para que estos profesionales puedan ejercer su potencial completo (Brown et al., 2024).

2.3.4.3. Impacto de su Incorporación en la Atención Comunitaria

La terapia respiratoria en el primer nivel de atención se alinea con las estrategias de APS, ya que se logra fortalecer la gestión de enfermedades crónicas, reducir hospitalizaciones evitables y promover la salud integral de la población, contribuyendo de esta manera a mejorar el acceso a servicios especializados, a incrementar la educación del paciente y a promover modelos de atención integrales que vinculan a la comunidad con otros niveles del sistema sanitario.

Conjuntamente, estos aportes reflejan la conveniencia del terapeuta respiratorio como miembro activo del equipo de APS, no solamente como un ejecutor de técnicas respiratorias, sino también como facilitador de estrategias educativas, preventivas y de coordinación clínica que responden a las necesidades de la comunidad (Long et al., 2023).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de Estudio

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental u observacional, debido a que las variables de estudio no fueron manipuladas por el investigador, limitándose a observar y analizar las condiciones existentes relacionadas con la prevalencia de enfermedades respiratorias, así como la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención.

El estudio presenta un alcance descriptivo, ya que busca caracterizar la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población atendida, así como evaluar el nivel de aceptabilidad del servicio y las barreras percibidas por los actores involucrados.

Asimismo, la investigación posee un enfoque mixto, al integrar métodos cuantitativos y cualitativos para la obtención y análisis de la información. El componente cuantitativo permitió determinar la prevalencia de enfermedades respiratorias mediante el análisis de registros epidemiológicos institucionales y evaluar el nivel de aceptabilidad de los usuarios mediante encuestas estructuradas. Por su parte, el componente cualitativo permitió profundizar en la comprensión de las barreras y criterios de los profesionales de salud relacionados con la implementación del servicio mediante entrevistas semiestructuradas.

El estudio es de corte transversal, debido a que la recolección de los datos se realizó en un único momento temporal, sin seguimiento longitudinal de los participantes.

En cuanto a su temporalidad, la investigación es de tipo retrospectivo–prospectivo. Retrospectivo para el análisis de la prevalencia de enfermedades respiratorias, utilizando registros epidemiológicos correspondientes al año 2025. Prospectivo para la obtención de información primaria mediante encuestas y entrevistas aplicadas directamente a los participantes el 26 de septiembre de 2025.

3.2. Área de Estudio

La investigación se desarrolló en los centros de salud del primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo, pertenecientes al sistema público de salud del Ecuador. Estos establecimientos constituyen el escenario donde se analiza la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población atendida, así como la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la terapia respiratoria.

3.3. Población de Estudio

La población de estudio estuvo conformada por tres fuentes de información:

- Usuarios que acudieron a los centros de salud del primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo.
- Profesionales de salud que laboran en dichos establecimientos.
- Registros epidemiológicos institucionales correspondientes a los diagnósticos de enfermedades respiratorias registrados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Para el análisis de la prevalencia se consideraron los registros de consultas por enfermedades respiratorias reportadas en el establecimiento durante el año 2025.

3.4. Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que los participantes fueron seleccionados en función de su disponibilidad y accesibilidad durante el periodo de recolección de datos.

Este tipo de muestreo es adecuado en estudios descriptivos con enfoque en aceptabilidad y barreras, donde el objetivo es obtener información sobre el nivel de aceptación y las limitaciones relacionadas con la implementación de un servicio de salud.

La muestra estuvo conformada por:

- 40 usuarios que acudieron a los centros de salud del primer nivel de atención.

- 7 profesionales de salud que participaron en entrevistas semiestructuradas.

3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

Usuarios:

- Ser mayor de 18 años.
- Acudir a los centros de salud del primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo durante el periodo de recolección de datos.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado.

Profesionales de salud

- Laborar en los centros de atención primaria de la parroquia Yaguachi Viejo.
- Aceptar participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de Exclusión

Usuarios

- Presentar dificultades cognitivas que impidan responder adecuadamente la encuesta.
- Negarse a participar o retirar su consentimiento.
- Haber participado previamente en la encuesta.

Profesionales de salud

- No encontrarse en funciones durante el periodo de estudio.
- Negarse a participar o retirar su consentimiento.

3.6. Métodos de Investigación

Para el desarrollo del estudio se emplearon métodos teóricos y empíricos.

Métodos Teóricos

Análisis – síntesis: Permitió examinar y organizar la información científica relacionada con enfermedades respiratorias, rehabilitación pulmonar y organización de servicios de salud, integrando los diferentes elementos conceptuales necesarios para la interpretación del fenómeno estudiado.

Inducción – deducción: Facilitó el análisis de los datos obtenidos en el campo de estudio, permitiendo establecer conclusiones generales a partir de los resultados particulares observados en la población analizada.

Métodos Empíricos

Análisis documental: Se utilizó para revisar los registros epidemiológicos del establecimiento de salud con el fin de determinar la prevalencia de enfermedades respiratorias registradas durante el año 2025.

Encuesta: Aplicada a usuarios y profesionales de salud mediante un cuestionario estructurado orientado a identificar el nivel de aceptabilidad del servicio y las barreras para su implementación.

Entrevista semiestructurada: Dirigida a profesionales de salud con el objetivo de profundizar en aspectos relacionados con barreras organizacionales, estructurales y relacionadas con recursos humanos que influyen en la implementación del servicio de terapia respiratoria.

3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la obtención de la información se emplearon las siguientes técnicas:

Análisis documental: Se realizó mediante la revisión de registros epidemiológicos institucionales correspondientes a consultas por enfermedades respiratorias registradas el año 2025, se recolectaron los datos el 3 de marzo del 2026.

Encuesta estructurada: Se aplicó un cuestionario diseñado por el investigador dirigido a usuarios y profesionales de salud. El instrumento incluyó preguntas cerradas

con respuestas dicotómicas y escalas tipo Likert orientadas a evaluar la aceptabilidad del servicio y la identificación de barreras para su implementación. Las encuestas fueron aplicadas de manera presencial el 26 de septiembre de 2025.

Entrevista semiestructurada: Se aplicó a profesionales de salud con el objetivo de profundizar en aspectos relacionados con:

- Condiciones organizacionales
- Barreras institucionales
- Condiciones actuales del primer nivel

Las entrevistas fueron realizadas el 26 de septiembre de 2025 posterior a la aplicación de las encuestas.

Los instrumentos fueron sometidos a un proceso de validación mediante juicio de expertos, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y coherencia de cada uno de los ítems propuestos. Las observaciones emitidas fueron incorporadas antes de la aplicación definitiva de los instrumentos. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto con participantes de características similares a la población de estudio para verificar la comprensión de las preguntas y realizar los ajustes necesarios antes de la recolección definitiva de la información.

3.8. Procesamiento y Análisis Estadístico de la Información

Los datos obtenidos mediante las encuestas fueron procesados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para la elaboración de tablas de distribución.

El análisis de la información se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics, lo que permitió organizar y sistematizar los datos obtenidos.

La información obtenida a partir del análisis documental permitió calcular la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población atendida durante el periodo de estudio.

Por su parte, la información cualitativa obtenida mediante entrevistas fue analizada mediante análisis temático, identificando categorías relacionadas con barreras, y elementos que influyen en la aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria. El análisis cualitativo permitió comprender los determinantes contextuales que influyen en la aceptabilidad y en las barreras para la implementación del servicio.

La integración del enfoque mixto se realizó mediante triangulación metodológica durante la interpretación de los resultados. Los hallazgos cuantitativos permitieron describir la magnitud de las enfermedades respiratorias y el nivel de aceptabilidad del servicio, mientras que la información cualitativa facilitó comprender las barreras organizacionales y contextuales identificadas por los profesionales de salud. La integración de ambos componentes permitió obtener una visión más completa del fenómeno estudiado y responder de manera integral la pregunta de investigación.

3.9. Consideraciones Éticas

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos aplicables a estudios en salud. La participación de los usuarios y profesionales de salud fue voluntaria, garantizando el consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos.

Asimismo, se aseguró la confidencialidad y anonimato de la información recopilada, utilizando los datos únicamente con fines académicos y científicos.

3.10. Viabilidad del estudio.

La presente investigación fue considerada viable debido a la disponibilidad de los registros epidemiológicos institucionales correspondientes al año 2025, los cuales permitieron realizar el análisis de la prevalencia de enfermedades respiratorias.

Asimismo, existió disponibilidad de usuarios y profesionales de salud para participar voluntariamente mediante la aplicación de encuestas y entrevistas. El estudio requirió recursos económicos mínimos, al utilizar instrumentos elaborados por el investigador y recursos informáticos disponibles. El cronograma establecido permitió ejecutar cada una de las fases de la investigación dentro del tiempo previsto.

El desarrollo del estudio contó con la factibilidad para acceder a los registros epidemiológicos del establecimiento de salud, previa autorización institucional y respetando los principios de confidencialidad y uso exclusivo con fines académicos. Asimismo, el personal de salud facilitó la aplicación de los instrumentos de investigación dentro de los tiempos establecidos, favoreciendo el desarrollo de la fase de recolección de datos.

CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados

4.1 Prevalencia de enfermedades respiratorias

Del análisis de los registros epidemiológicos correspondientes a la localidad de Yaguachi Viejo, se identificaron 294 casos de enfermedades respiratorias clasificadas dentro del CIE-10 (J00–J99), dentro de un total de 10 860 atenciones registradas.

Aplicando la fórmula epidemiológica de prevalencia:

$$Prevalencia = \frac{\text{Número de casos respiratorios}}{\text{Total de atenciones}} \times 100$$

$$Prevalencia = \frac{294}{10860} \times 100$$

Los registros epidemiológicos evidenciaron una prevalencia de enfermedades respiratorias del 2,71% durante el año 2025. Del total de 294 casos registrados, la rinofaringitis aguda (CIE-10 J00) constituyó la enfermedad respiratoria más frecuente, con 189 casos, equivalente al 64,3% de todas las enfermedades respiratorias registradas durante el año 2025. En menor proporción se identificaron otras patologías, como sinusitis maxilar aguda, faringitis aguda, bronquitis y neumonía. Este comportamiento epidemiológico evidencia que las enfermedades respiratorias continúan representando una causa importante de consulta en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo, justificando la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, seguimiento clínico y rehabilitación respiratoria.

Los hallazgos epidemiológicos evidencian una carga constante de enfermedades respiratorias en la población atendida, lo que demuestra la magnitud del problema de salud en el contexto local. El análisis de la prevalencia no solo permitió describir el comportamiento epidemiológico de estas patologías durante el año 2025, sino que

constituyó el punto de partida para responder la pregunta principal de investigación, al justificar la necesidad de evaluar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de un servicio de terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo.

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades respiratorias.

Variable	Valor
Total, de atenciones registradas	10 860
Casos respiratorios	294
Prevalencia (%)	2,71 %

Fuente: Registros epidemiológicos del primer nivel de atención. Elaboración propia.

4.1.2 Distribución de casos respiratorios según sexo

Del total de 294 casos respiratorios, se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino, representando el 55,4 % de los casos, mientras que el sexo masculino representó el 44,6 %.

Tabla 2. Distribución de enfermedades respiratorias según sexo.

Sexo	Casos	Porcentaje
Hombre	131	44,6 %
Mujer	163	55,4 %
Total	294	100 %

Fuente: Registros epidemiológicos. Elaboración propia.

4.1.3 Perfil epidemiológico de enfermedades respiratorias según diagnóstico

El análisis de los diagnósticos respiratorios evidenció que las infecciones respiratorias agudas de vías superiores constituyen la principal causa de consulta respiratoria en el primer nivel de atención. La rinofaringitis aguda fue el diagnóstico más frecuente, representando el 64,3 % de los casos respiratorios, seguida por amigdalitis aguda y faringitis aguda.

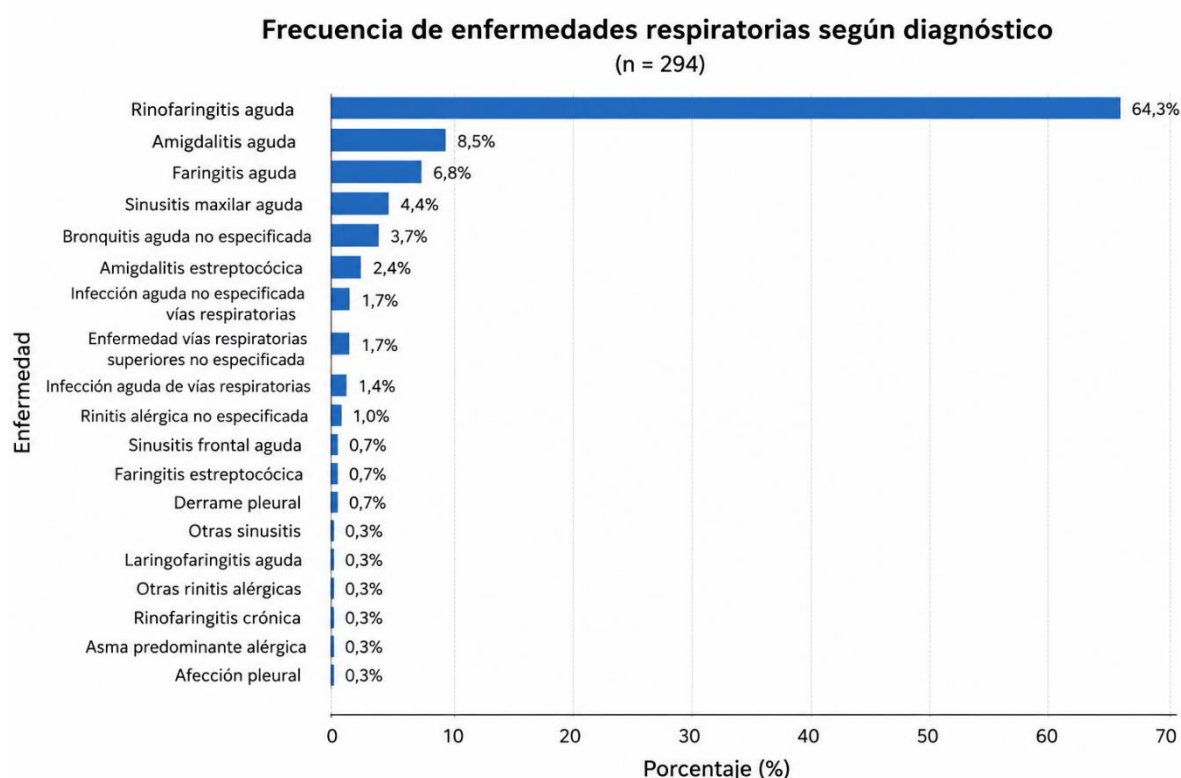


Figura 1. Perfil epidemiológico de enfermedades respiratorias según diagnóstico

Fuente: Registros epidemiológicos. Elaboración propia.

4.2. Resultados cuantitativos – Usuarios

Con el propósito de identificar la percepción, conocimiento y necesidad de servicios de terapia respiratoria desde la perspectiva de la población usuaria, se aplicó una encuesta estructurada a los pacientes que acuden al subcentro de salud. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

4.2.1. Resultados específicos del instrumento

Tabla Sociodemográfica

Tabla 3. Características sociodemográficas de los usuarios encuestados.

Variable	Categoría	n	%
Edad	18–30 años	20	50,0
	31–45 años	13	32,5
	46 años o más	7	17,5
Género	Femenino	28	70,0
	Masculino	12	30,0

Fuente Propia: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

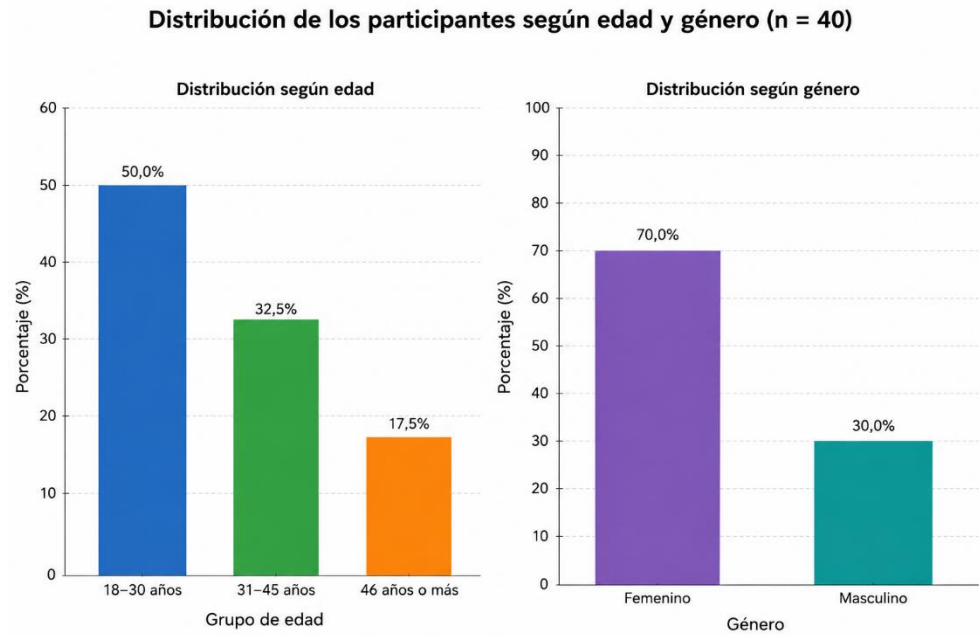


Figura 2. Distribución de los Participantes según edad y genero

Fuente Propia: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación de la tabla:

La población estudiada estuvo conformada mayoritariamente por participantes del sexo femenino, quienes representaron el 70,0% de la muestra, mientras que el 30,0% correspondió al sexo masculino. Respecto a la edad, predominó el grupo de 18 a 30 años

con el 50,0% de los participantes, seguido del grupo de 31 a 45 años con el 32,5%, mientras que los usuarios de 46 años o más representaron el 17,5%.

Tabla de aceptabilidad

Tabla 4. Nivel de aceptabilidad de la implementación del servicio de terapia respiratoria.

Variable	Categoría	n	%
Considera útil para la comunidad un servicio de terapia respiratoria	Acepta	39	97,5
	No acepta	1	2,5
Cree que la terapia respiratoria puede mejorar la salud respiratoria	Acepta	34	85,0
	No acepta	6	15,0
Acudiría a sesiones de terapia respiratoria si el subcentro las ofreciera	Acepta	36	90,0
	No acepta	4	10,0

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

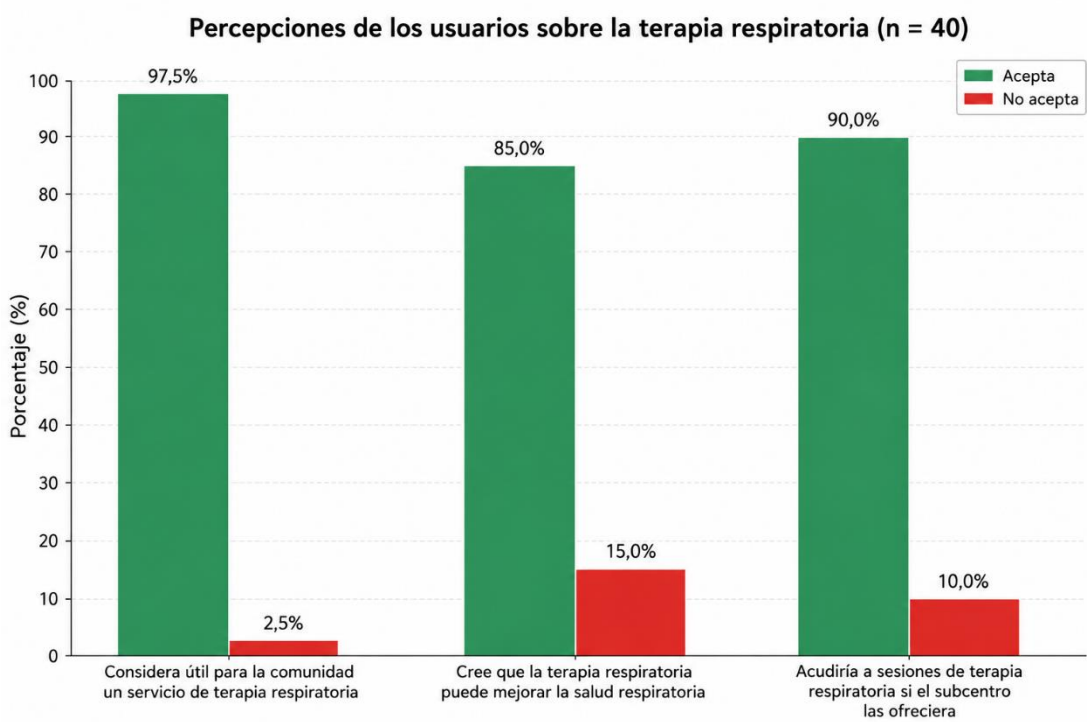


Figura 3. Percepciones de los Usuarios sobre la Terapia Respiratoria.

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación de la tabla:

Los resultados evidenciaron un alto nivel de aceptabilidad hacia la implementación del servicio de terapia respiratoria en el primer nivel de atención. El 97,5% de los participantes consideró útil para la comunidad contar con un servicio de terapia respiratoria, mientras que el 85,0% señaló que esta intervención puede contribuir a mejorar la salud respiratoria. Asimismo, el 90,0% manifestó disposición para acudir a sesiones de terapia respiratoria en caso de que el servicio fuese implementado en el subcentro de salud.

Características respiratorias de la población encuestada

Tabla 5. Características respiratorias de la población encuestada.

Variable	Categoría	n	%
Frecuencia de atención por enfermedades respiratorias	< 2 veces al año	17	42,5
	2–4 veces al año	19	47,5
	≥ 1 vez al mes	4	10,0
Presencia de enfermedades respiratorias en el hogar	Sí	17	42,5
	No	23	57,5
Presencia de síntomas respiratorios frecuentes	Sí	24	60,0
	No	16	40,0

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Características relacionadas con la frecuencia y síntomas respiratorios (n = 40)

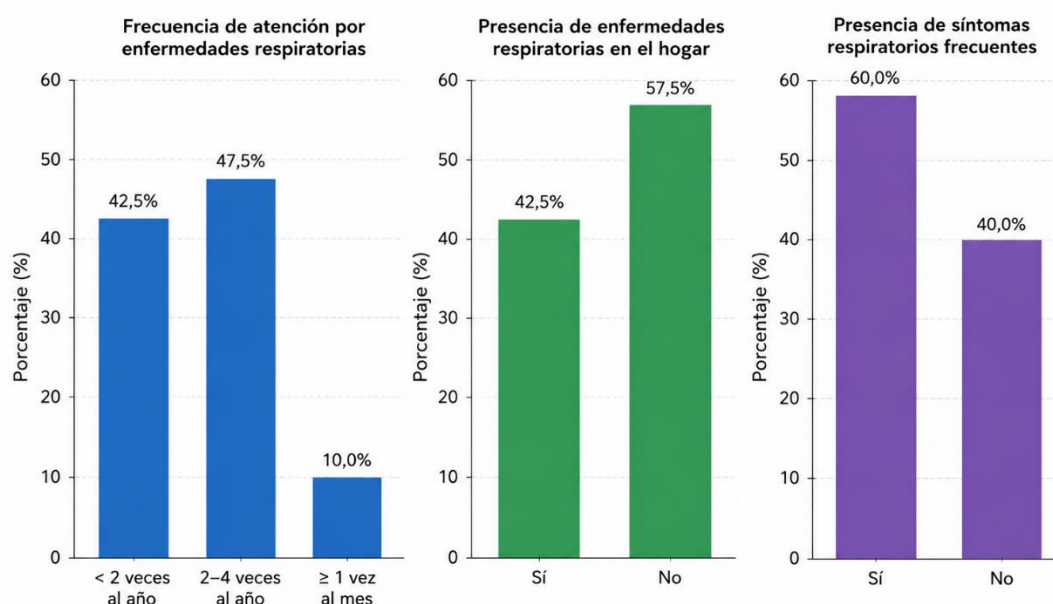


Figura 4. Características respiratorias de la población encuestada.

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación de la tabla:

Los resultados evidenciaron una importante presencia de problemas respiratorios en la población encuestada. El 60,0% de los participantes manifestó presentar síntomas respiratorios frecuentes, mientras que el 42,5% indicó convivir con personas que padecen enfermedades respiratorias en el hogar. Asimismo, el 47,5% señaló acudir entre 2 y 4 veces al año al subcentro de salud por enfermedades respiratorias, mientras que el 10,0% reportó acudir al menos una vez al mes, lo que refleja una demanda considerable de atención relacionada con afecciones respiratorias en el primer nivel de atención.

Tabla de conocimiento sobre terapia respiratoria

Tabla 6. Conocimiento e interés sobre terapia respiratoria.

Variable	Categoría	n	%
Ha escuchado sobre terapia respiratoria	Sí	29	72,5
	No	11	27,5
Técnica respiratoria que conoce	Nebulización	34	85,0
	Ejercicios respiratorios	1	2,5
	Ninguna	5	12,5
Interés en aprender ejercicios respiratorios para realizar en casa	Interesado	39	97,5
	No interesado	1	2,5

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

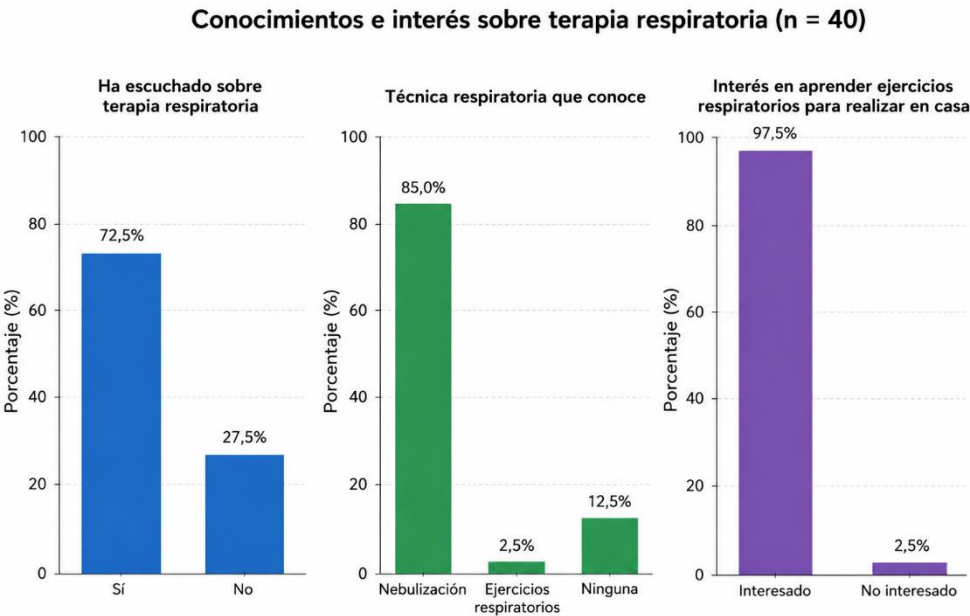


Figura 5. Conocimiento e Interés sobre Terapia Respiratoria.

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación de la tabla:

Los resultados evidenciaron que el 72,5% de los participantes había escuchado previamente sobre terapia respiratoria. En relación con las técnicas respiratorias conocidas por la población, la nebulización fue la intervención más reconocida, con un 85,0%, mientras que el conocimiento sobre otras técnicas propias de la terapia respiratoria, como los ejercicios respiratorios, fue limitado, alcanzando únicamente el 2,5%. Además, el 12,5% indicó no conocer ninguna técnica respiratoria. Asimismo, el 97,5% manifestó interés en aprender ejercicios respiratorios para realizarlos en casa, lo que refleja una elevada disposición de la población hacia actividades educativas, preventivas y de autocuidado relacionadas con la terapia respiratoria en el primer nivel de atención.

Aceptabilidad del servicio según presencia de síntomas respiratorios

Tabla 7. Asociación entre síntomas respiratorios frecuentes y aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria.

Presencia de síntomas respiratorios	Acepta n (%)	No acepta n (%)	Total
Sí	21 (87,5%)	3 (12,5%)	24
No	15 (93,8%)	1 (6,3%)	16
Total	36 (90,0%)	4 (10,0%)	40
Prueba estadística: Prueba exacta de Fisher ($p = 0,638$).			

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia

Yaguachi Viejo, 2025.

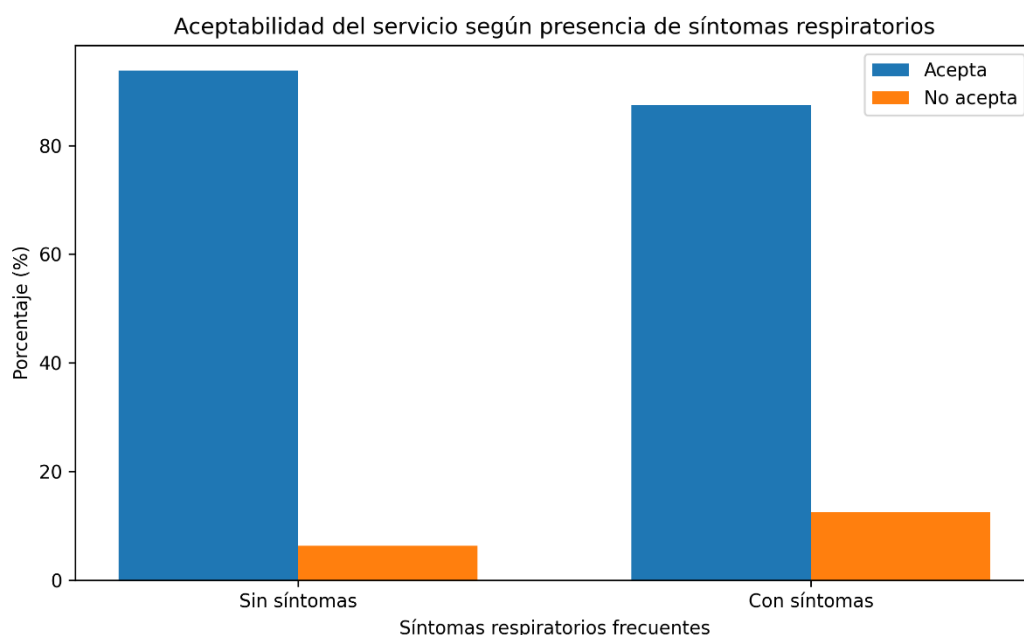


Figura 6. Aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria según presencia de síntomas respiratorios.

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación de la tabla:

Se analizó la asociación entre la presencia de síntomas respiratorios frecuentes y la aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria mediante la prueba exacta de Fisher. Los resultados mostraron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0,638$). No obstante, se evidenció una elevada aceptabilidad del servicio tanto en los participantes con síntomas respiratorios frecuentes (87,5%) como en aquellos que no presentaban síntomas (93,8%).

Aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria según frecuencia de atención por enfermedades respiratorias

Tabla 8. Asociación entre frecuencia de atención por enfermedades respiratorias y aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria.

Frecuencia de atención respiratoria	Acepta n (%)	No acepta n (%)	Total
< 2 veces al año	15 (88,2%)	2 (11,8%)	17

2–4 veces al año	17 (89,5%)	2 (10,5%)	19
≥ 1 vez al mes	4 (100,0%)	0 (0,0%)	4
Total	36 (90,0%)	4 (10,0%)	40
Prueba estadística: Prueba exacta de Fisher ($p = 1,000$).			

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia

Yaguachi Viejo, 2025.

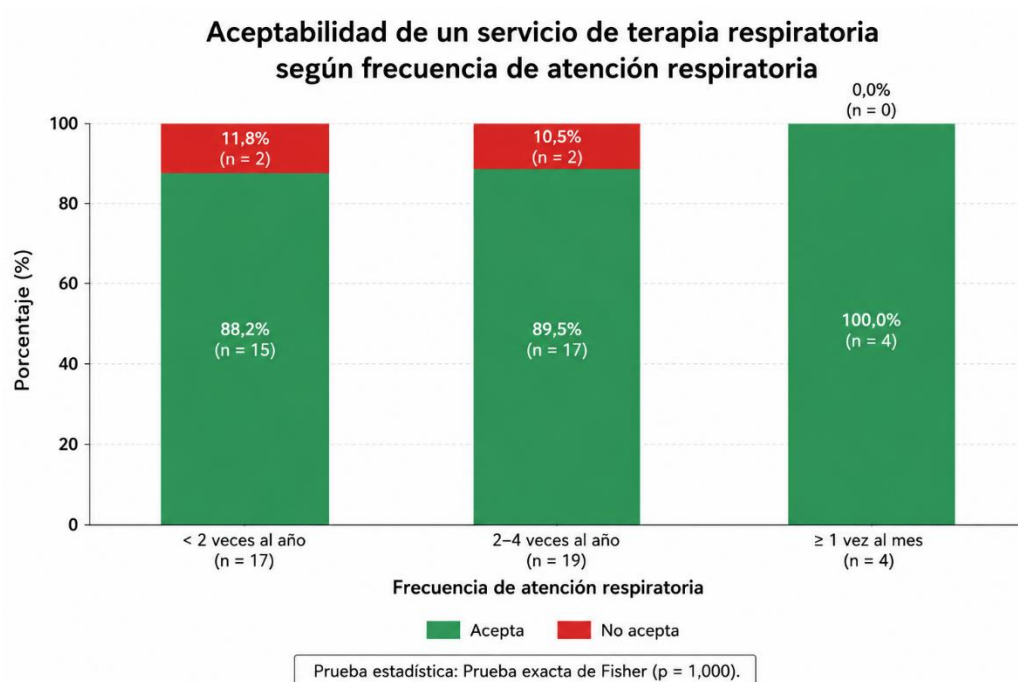


Figura 7. Aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria según frecuencia de atención por enfermedades respiratorias

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia

Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación de la tabla:

Se analizó la asociación entre la frecuencia de atención por enfermedades respiratorias y la aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria mediante la prueba exacta de Fisher. Los resultados evidenciaron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 1,000$). Sin embargo, se observó una elevada aceptabilidad del servicio en todos los grupos evaluados, destacándose que

el 100,0% de los participantes que acudían al subcentro al menos una vez al mes por enfermedades respiratorias manifestó disposición para asistir a sesiones de terapia respiratoria en caso de implementarse el servicio.

Asociación entre el conocimiento sobre terapia respiratoria y la aceptabilidad del servicio

Tabla 9. Asociación entre el conocimiento sobre terapia respiratoria y la aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria.

Conocimiento sobre terapia respiratoria	Acepta n (%)	No acepta n (%)	Total
Sí	26 (89,7%)	3 (10,3%)	29
No	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11
Total	36 (90,0%)	4 (10,0%)	40
Prueba estadística: Prueba exacta de Fisher (p = 1,000).			

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia

Yaguachi Viejo, 2025.

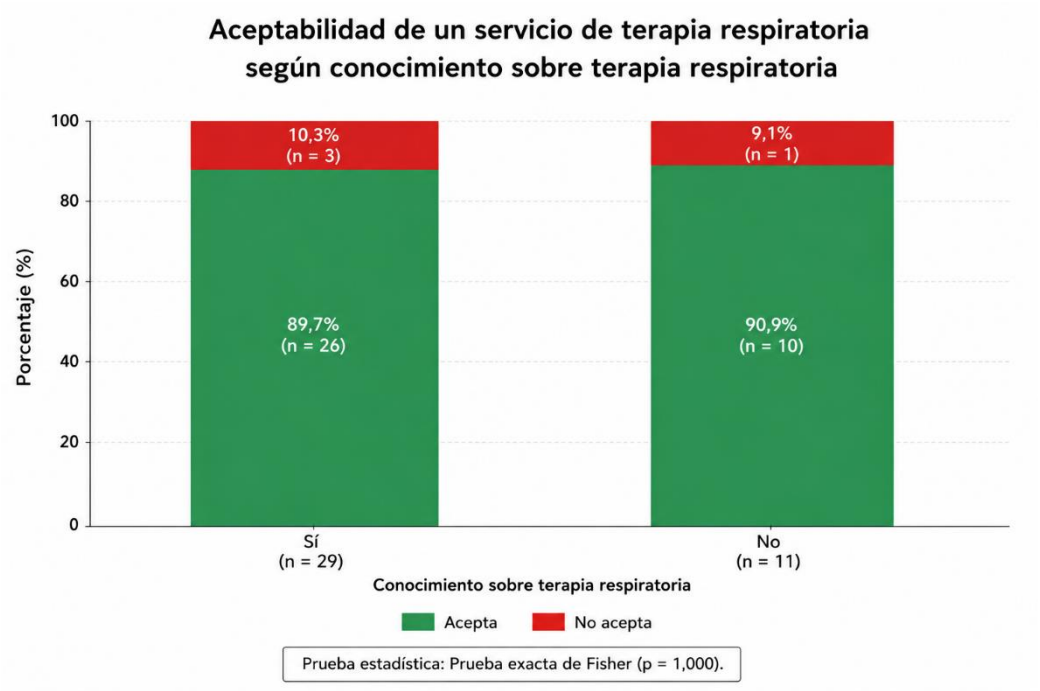


Figura 8. Aceptabilidad del servicio de terapia respiratoria según conocimiento previo sobre terapia respiratoria.

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación de la tabla:

Se analizó la asociación entre el conocimiento previo sobre terapia respiratoria y la aceptabilidad del servicio mediante la prueba exacta de Fisher. Los resultados evidenciaron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 1,000$). Sin embargo, se observó una elevada aceptabilidad del servicio tanto en los participantes que habían escuchado previamente sobre terapia respiratoria (89,7%) como en aquellos que no poseían conocimientos previos sobre esta intervención (90,9%).

Percepción de distancia del subcentro respecto al domicilio de los usuarios

Tabla 10. Percepción de los usuarios sobre la accesibilidad geográfica al subcentro de salud.

		<i>El subcentro queda lejos de mi domicilio.</i>	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DE ACUERDO	7	17,5
	EN DESACUERDO	4	10,0
	INDIFERENTE	6	15,0
	TOTALMENTE DEACUERDO	7	17,5
	TOTALMENTE EN DESACUERDO	16	40,0
	Total	40	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación: El 40% de los usuarios manifestó estar totalmente en desacuerdo con la afirmación de que el subcentro queda lejos de su domicilio, mientras que el 10% indicó estar en desacuerdo, lo que sugiere que para una parte importante de la población el establecimiento de salud se encuentra relativamente cercano a su lugar de residencia.

Por otro lado, el 17,5% expresó estar de acuerdo y otro 17,5% totalmente de acuerdo en que el subcentro se encuentra distante de su domicilio, mientras que el 15% se mostró indiferente frente a esta afirmación.

Estos resultados evidencian que, aunque existe un grupo de usuarios que percibe cierta distancia hacia el establecimiento de salud, la mayoría no considera que el subcentro se encuentre lejos de su residencia. En este sentido, la accesibilidad geográfica al establecimiento no representaría una barrera significativa para la utilización de los servicios de salud, lo cual favorece la posible implementación de programas de atención, como las sesiones de terapia respiratoria, dirigidas a la comunidad usuaria.

Percepción sobre la adecuación del horario de atención del subcentro

Tabla 11. Percepción de los usuarios sobre la adecuación del horario de atención del subcentro.

El horario no se ajusta a mis posibilidades.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DE ACUERDO	7	17,5
	EN DESACUERDO	19	47,5
	INDIFERENTE	5	12,5
	TOTALMENTE DEACUERDO	4	10,0
	TOTALMENTE EN DESACUERDO	5	12,5
Total		40	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación: El 47,5% de los usuarios manifestó estar en desacuerdo con la afirmación de que el horario del subcentro no se ajusta a sus posibilidades, mientras que el 12,5% indicó estar totalmente en desacuerdo, lo que sugiere que para una parte importante de la población el horario de atención resulta adecuado para acceder a los servicios de salud.

Por otro lado, el 17,5% expresó estar de acuerdo y el 10% totalmente de acuerdo en que el horario no se ajusta a sus posibilidades, mientras que el 12,5% se mostró indiferente frente a esta afirmación.

Estos resultados evidencian que, aunque existe un grupo de usuarios que percibe limitaciones en relación con el horario de atención del establecimiento, la mayoría considera que el horario disponible es compatible con sus posibilidades de acceso. En este contexto, el horario de funcionamiento del subcentro no parece constituir una barrera significativa para la utilización de los servicios de salud, lo cual podría favorecer la implementación de nuevas intervenciones, como sesiones de terapia respiratoria dirigidas a la comunidad usuaria.

Nivel de confianza en la adecuación del servicio de terapia respiratoria

Tabla 12. Nivel de confianza de los usuarios respecto a la implementación del servicio de terapia respiratoria.

No confío en que el servicio sea adecuado.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DE ACUERDO	4	10,0
	EN DESACUERDO	10	25,0
	INDIFERENTE	5	12,5
	TOTALMENTE DEACUERDO	6	15,0
	TOTALMENTE EN DESACUERDO	15	37,5

Total	40	100,0
-------	----	-------

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

Interpretación: El 37,5% de los usuarios manifestó estar totalmente en desacuerdo con la afirmación de que no confían en que el servicio sea adecuado, mientras que el 25% indicó estar en desacuerdo, lo que refleja un nivel considerable de confianza en la calidad potencial del servicio de terapia respiratoria.

Por otro lado, el 15% expresó estar totalmente de acuerdo y el 10% de acuerdo con la afirmación, lo que indica que una proporción menor de usuarios presenta dudas respecto a la adecuación del servicio. Asimismo, el 12,5% de los encuestados se mostró indiferente frente a esta afirmación.

En conjunto, estos resultados sugieren que la mayoría de los usuarios mantiene una percepción favorable o al menos no negativa respecto a la calidad del posible servicio de terapia respiratoria, lo cual representa un elemento positivo para la aceptación e implementación de este tipo de atención en el establecimiento de salud.

4.2.2. Síntesis integradora de los resultados

Los resultados obtenidos evidenciaron una elevada aceptabilidad hacia la posible implementación de un servicio de terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo. La mayoría de los usuarios consideró útil contar con este servicio, manifestó disposición para acudir a sesiones de terapia respiratoria y reconoció su potencial beneficio sobre la salud respiratoria. Asimismo, se identificó una importante presencia de síntomas respiratorios frecuentes y una demanda constante de atención por enfermedades respiratorias en la población encuestada, lo que refleja la necesidad de fortalecer estrategias de atención respiratoria en el primer nivel. En relación con el conocimiento sobre terapia respiratoria, los resultados mostraron que la nebulización fue la técnica mayormente reconocida por los participantes, mientras que el conocimiento

sobre otras intervenciones respiratorias, como los ejercicios respiratorios, fue limitado. Sin embargo, se observó un elevado interés en aprender este tipo de actividades, lo que evidencia una disposición favorable hacia estrategias preventivas y educativas relacionadas con el cuidado respiratorio. El análisis de asociación mediante la prueba exacta de Fisher no evidenció relaciones estadísticamente significativas entre la aceptabilidad del servicio y variables como la presencia de síntomas respiratorios, la frecuencia de atención por enfermedades respiratorias o el conocimiento previo sobre terapia respiratoria. No obstante, en todos los grupos evaluados se observó una elevada aceptación del servicio, lo que sugiere una percepción favorable generalizada en la población. Finalmente, respecto a las barreras percibidas, la mayoría de los usuarios no consideró que la distancia al subcentro, el horario de atención o la confianza en la calidad del servicio representaran limitaciones importantes para acceder a una posible atención de terapia respiratoria. En conjunto, estos hallazgos reflejan condiciones favorables para la implementación del servicio en el primer nivel de atención.

4.3 Resultados cualitativos (Entrevistas)

Con el fin de complementar los hallazgos cuantitativos relacionados con aceptabilidad y barreras para la implementación de la terapia respiratoria, se desarrolló un análisis cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales de salud del primer nivel de atención. Este abordaje permitió profundizar en aspectos organizacionales, estructurales y contextuales relacionados con la posible implementación del servicio.

4.3.1. Caracterización de los participantes:

Se realizaron siete entrevistas semiestructuradas a profesionales de salud pertenecientes a diferentes disciplinas del equipo asistencial de los centros de salud. Los

participantes cuentan con experiencia en atención primaria en contexto rural y aceptaron participar voluntariamente bajo criterios de confidencialidad.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 10 a 20 minutos, fueron grabadas en formato audio y posteriormente transcritas de forma literal para su análisis.

Durante el proceso de análisis se evidenció saturación temática, observándose repetición consistente de patrones discursivos relacionados con limitaciones estructurales, necesidad de capacitación y alta demanda respiratoria en la población atendida.

4.3.2. Análisis de contenido temático:

A partir del proceso de lectura comprensiva, codificación abierta y agrupación conceptual, emergieron cinco categorías principales:

1. Situación actual del servicio respiratorio
2. Barreras estructurales e institucionales
3. Necesidades formativas del personal
4. Aceptación comunitaria y demanda existente
5. Viabilidad percibida de implementación

Tabla 13. Categorías emergentes del análisis cualitativo

Categoría principal	Subcategorías identificadas	Frecuencia de aparición (n=7)
1. Situación actual del servicio respiratorio	Servicio deficiente, intervenciones básicas, ausencia de programa estructurado	7
2. Barreras estructurales e institucionales	Falta de infraestructura, carencia de equipos, limitación presupuestaria, ausencia de personal especializado	7

3. Necesidades formativas del personal	Falta de capacitación formal, desconocimiento técnico, disposición para aprender	7
4. Aceptación comunitaria y demanda existente	Alta prevalencia de enfermedades respiratorias, población pediátrica afectada, dificultad de acceso al hospital	7
5. Viabilidad percibida de implementación	Proyecto viable condicionado a apoyo administrativo, financiamiento y capacitación	7

Fuente: Entrevistas semiestructuradas aplicadas a profesionales del subcentro.

Categoría 1: Situación actual del servicio respiratorio

Los discursos de los entrevistados coinciden en describir la situación actual como deficiente, precaria e insuficiente. Se evidencia ausencia de un servicio estructurado de terapia respiratoria, limitándose las intervenciones a nebulizaciones básicas cuando el equipo se encuentra disponible.

Un participante manifestó:

“Por el momento deficiente porque no se cuenta con materiales óptimos para realizar los tratamientos de manera adecuada.” (E1)

De manera similar, otro entrevistado expresó:

“Aquí hay un servicio precario cuando se habla de terapia respiratoria ya que no contamos con infraestructura para poder hacer estas terapias.” (E6)

Asimismo, se señaló que la infraestructura no está adaptada para la atención respiratoria:

“Lo veo bastante ineficiente porque nuestra infraestructura no está adecuada para aceptar pacientes respiratorios.” (E7)

En general, el servicio actual es percibido como limitado y no formalizado dentro del establecimiento.

Categoría 2: Barreras estructurales e institucionales

Esta categoría presentó alta recurrencia en todos los discursos. Las principales barreras identificadas fueron:

- Falta de infraestructura física adecuada
- Carencia de equipos en óptimas condiciones
- Limitaciones presupuestarias
- Ausencia de personal especializado

En relación con el equipamiento, se indicó:

“Solo contamos con un nebulizador muy viejo que en ocasiones no funciona de manera adecuada.” (E1)

Respecto al presupuesto, un entrevistado afirmó:

“La barrera principal sería el presupuesto puesto que no se ha tomado en cuenta hasta el momento.” (E2)

También se mencionó la falta de espacio físico:

“No tenemos un espacio específico para las terapias y usamos el espacio que esté disponible.” (E4)

De manera reiterada se evidenció que la viabilidad del proyecto depende en gran medida de decisiones administrativas y asignación de recursos por parte de instancias superiores.

Categoría 3: Necesidades formativas del personal

Los siete entrevistados coincidieron en la necesidad de capacitación formal en terapia respiratoria. Aunque existe predisposición para aprender, reconocen limitaciones en conocimientos técnicos específicos.

Uno de los participantes expresó:

“Hay muchas necesidades formativas porque no hemos tenido capacitación en terapia respiratoria.” (E1)

Otro señaló:

“Deberíamos tener más capacitaciones para saber cómo realizar las terapias y usar las maquinarias.” (E2)

Además, se mencionó:

“Si hay mucho desconocimiento, podemos mandar lo básico nomás, pero no tenemos una capacitación adecuada.” (E6)

Esta categoría evidencia una brecha formativa clara dentro del equipo de salud.

Categoría 4: Aceptación comunitaria y demanda existente

De manera consistente, los profesionales perciben que la aceptación comunitaria sería alta, especialmente en población pediátrica. Se reporta una alta frecuencia de patologías respiratorias y dificultades de acceso al hospital de referencia.

Un entrevistado manifestó:

“Demasiado buena aceptación, más que todo en los niños porque si no toca enviarlos al hospital y está lejos.” (E2)

Otro indicó:

“Tenemos bastantes niños que lo necesitan.” (E5)

Asimismo, se destacó la frecuencia diaria de consultas:

“Al día recibimos unos 5 pacientes con enfermedades respiratorias.” (E7)

Se identificó además que la lejanía del hospital favorece retrasos en el tratamiento y posibles prácticas de automedicación.

Categoría 5: Viabilidad percibida de implementación

A pesar de las limitaciones estructurales, la mayoría de los entrevistados considera que la implementación es viable, siempre que se garantice apoyo administrativo, dotación de equipos y capacitación.

Se expresó:

“Sí es viable ya que la mayoría de pacientes que van a necesitar el servicio son niños pequeños.” (E1)

Otro entrevistado afirmó:

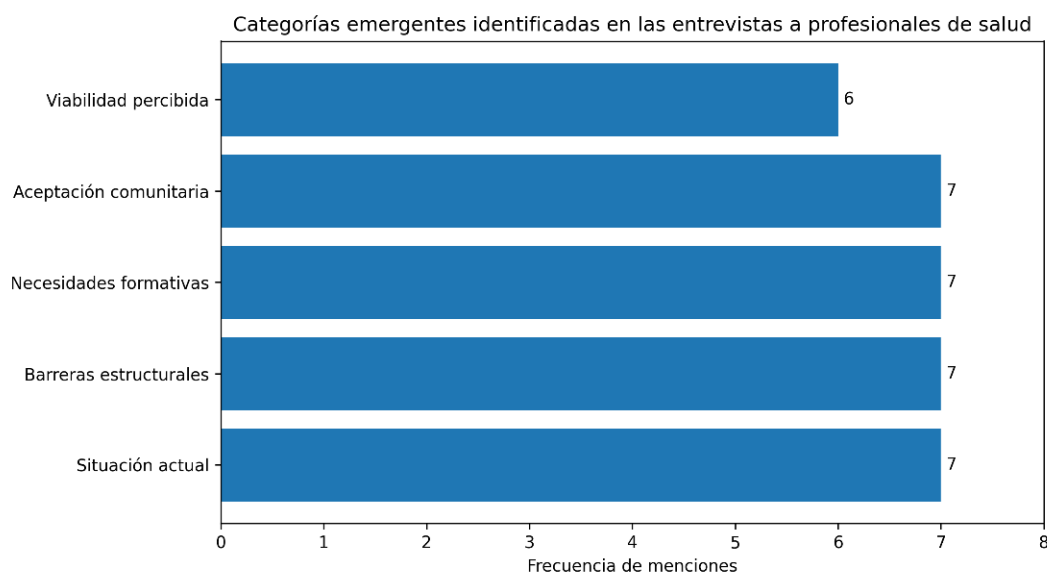
“Sería muy viable porque aquí hay niños que nos llegan con problemas respiratorios y muchas veces no podemos darles tratamiento.” (E2)

Finalmente, se señaló:

“Demasiado viable... aquí nos llegan bastantes infecciones respiratorias y estas terapias ayudarían mucho a la comunidad.” (E6)

La viabilidad es percibida como condicionada, pero no descartada, evidenciándose predisposición del equipo para asumir el reto si se superan las barreras estructurales.

Figura 3. Categorías emergentes identificadas en las entrevistas a profesionales de salud



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios del primer nivel de atención de la Parroquia Yaguachi Viejo, 2025.

La figura resume las principales categorías emergentes identificadas durante el análisis temático de las entrevistas realizadas a profesionales de salud del primer nivel de atención. Las categorías relacionadas con situación actual del servicio, barreras estructurales, necesidades formativas y aceptación comunitaria fueron mencionadas por la totalidad de los participantes entrevistados, evidenciando consenso respecto a la necesidad y pertinencia de fortalecer la atención respiratoria en el primer nivel. Asimismo, la categoría viabilidad percibida fue identificada por la mayoría de los profesionales, quienes consideraron que la implementación del servicio de terapia respiratoria podría desarrollarse de manera progresiva, aunque condicionada por limitaciones de infraestructura, equipamiento y capacitación del personal.

4.3.3 Síntesis interpretativa

El análisis cualitativo evidencia un patrón consistente en los discursos: existe una alta demanda respiratoria en la población atendida, especialmente en niños, frente a una estructura institucional limitada en infraestructura, equipamiento y formación técnica.

Se observa coherencia entre la identificación de barreras estructurales y la disposición del personal para capacitarse y mejorar la atención. La implementación de terapia respiratoria es considerada viable bajo condiciones de apoyo administrativo y asignación presupuestaria.

En conjunto, los hallazgos cualitativos sugieren que el subcentro presenta una necesidad real del servicio, acompañada de disposición profesional, pero dependiente de fortalecimiento institucional.

CAPÍTULO V: Discusión y Conclusión

5.1. Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación permitieron analizar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo, integrando información epidemiológica, percepción de usuarios y análisis cualitativo de profesionales de salud. Los hallazgos evidenciaron una elevada aceptabilidad del servicio por parte de la población estudiada, así como la existencia de barreras estructurales y organizacionales que podrían implementarse en los centros donde se desarrolló el estudio.

En relación con la prevalencia de enfermedades respiratorias, los resultados mostraron una presencia importante de síntomas respiratorios y consultas frecuentes por estas patologías dentro de la población atendida. La mayoría de los participantes refirió acudir al subcentro entre dos y cuatro veces al año por enfermedades respiratorias, mientras que más de la mitad manifestó presentar síntomas respiratorios frecuentes. Estos hallazgos reflejan que las enfermedades respiratorias continúan representando una necesidad sanitaria relevante dentro del primer nivel de atención.

Los resultados coinciden con lo descrito por Qin et al. (2025), quienes señalaron que las enfermedades respiratorias crónicas continúan generando una elevada demanda asistencial y requieren intervenciones integrales que permitan mejorar la funcionalidad respiratoria y reducir complicaciones asociadas a estas patologías. Asimismo, el estudio destaca que la rehabilitación pulmonar representa una estrategia clínicamente efectiva; sin embargo, su implementación suele verse limitada por factores organizacionales y estructurales (Qin et al., 2025b).

Los resultados obtenidos reflejan que las enfermedades respiratorias continúan representando una causa importante de atención en el primer nivel de salud de la

parroquia Yaguachi Viejo, siendo la rinofaringitis aguda la patología más frecuente durante el año 2025. Este comportamiento es consistente con la literatura, que señala que las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de consulta en atención primaria, especialmente en poblaciones donde predominan las estrategias preventivas y el manejo ambulatorio. Aunque la prevalencia encontrada fue del 2,71 %, estos resultados evidencian una demanda continua de atención respiratoria y respaldan la necesidad de fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel mediante estrategias que incluyan actividades de educación, prevención, seguimiento y rehabilitación respiratoria.

Respecto a la aceptabilidad del servicio, se identificó una percepción ampliamente favorable hacia la posible implementación de terapia respiratoria en atención primaria. La mayoría de los usuarios consideró útil contar con este servicio dentro de la comunidad, manifestó disposición para asistir a sesiones de terapia respiratoria y reconoció su posible beneficio sobre la salud respiratoria. Estos hallazgos sugieren que existe una necesidad percibida y una adecuada receptividad comunitaria frente a la incorporación de intervenciones respiratorias dentro del primer nivel de atención.

La elevada aceptabilidad observada adquiere relevancia debido a que este componente constituye uno de los principales determinantes para la implementación exitosa de intervenciones sanitarias. Jia et al. (2025) señalan que la aceptabilidad y la percepción favorable de los actores involucrados facilitan los procesos de implementación y sostenibilidad de nuevos servicios de salud, especialmente en contextos donde la organización institucional y los recursos disponibles representan limitaciones importantes (Jia et al., 2025).

El elevado nivel de aceptabilidad observado en los usuarios demuestra una disposición favorable hacia la incorporación de un servicio de terapia respiratoria en el primer nivel de atención. Este hallazgo coincide con investigaciones recientes que señalan

que la aceptación por parte de la población constituye uno de los principales facilitadores para la implementación de nuevas intervenciones sanitarias. En consecuencia, la existencia de una alta aceptabilidad sugiere que la principal limitación para desarrollar este tipo de servicio no radica en la demanda de los usuarios, sino en las condiciones organizacionales e institucionales necesarias para garantizar su funcionamiento.

Del mismo modo, los resultados cualitativos evidenciaron que los profesionales de salud reconocen la necesidad de fortalecer la atención respiratoria en el primer nivel, identificando beneficios potenciales relacionados con prevención, educación y manejo oportuno de patologías respiratorias. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Van Der Braak et al. (2023), quienes describen que la implementación progresiva de programas de rehabilitación pulmonar resulta más viable cuando existe percepción positiva por parte del personal sanitario y reconocimiento institucional de la necesidad del servicio (van der Braak et al., 2023).

Los profesionales entrevistados señalaron limitaciones en espacios físicos, escasez de equipos y ausencia de personal específicamente capacitado en intervenciones respiratorias dentro del primer nivel de atención. Estas barreras fueron consistentes tanto en el análisis cuantitativo como en el análisis cualitativo realizado.

Los hallazgos coinciden con ShahAli et al. (2023), quienes identificaron que la falta de claridad sobre el rol rehabilitador, las limitaciones organizacionales y la insuficiente preparación profesional constituyen barreras frecuentes para la integración de servicios terapéuticos en atención primaria. Los autores destacan además que los procesos de implementación suelen verse afectados por debilidades estructurales y por la limitada integración interdisciplinaria dentro de los servicios de salud (ShahAli et al., 2023).

Asimismo, Qin et al. (2025) describen que las principales barreras para la implementación de programas respiratorios incluyen limitaciones de liderazgo institucional, escasez de recursos humanos capacitados y dificultades organizacionales para sostener intervenciones rehabilitadoras dentro de servicios de atención primaria. Estos elementos fueron igualmente identificados por los participantes del presente estudio, quienes señalaron la necesidad de capacitación específica y fortalecimiento institucional para garantizar una implementación adecuada del servicio (Qin et al., 2025b).

En cuanto al conocimiento sobre terapia respiratoria, los resultados evidenciaron que la mayoría de los participantes relaciona esta disciplina principalmente con la nebulización, mientras que el conocimiento sobre ejercicios respiratorios y rehabilitación pulmonar fue considerablemente menor. Este hallazgo podría reflejar una comprensión limitada del alcance integral de la terapia respiratoria dentro de atención primaria, restringiendo su percepción a procedimientos tradicionalmente asociados al tratamiento farmacológico inhalado.

Las barreras identificadas por los profesionales de salud muestran que la implementación de la terapia respiratoria depende de factores que trascienden la eficacia clínica de las intervenciones. Aspectos como la disponibilidad de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y organización institucional fueron señalados como limitantes para la incorporación del servicio. Estos resultados son congruentes con la evidencia internacional, la cual reconoce que las principales dificultades para implementar programas respiratorios en atención primaria se relacionan con factores estructurales y organizacionales más que con la aceptación por parte de los pacientes.

Estos resultados coinciden con la literatura reciente, donde se señala que gran parte de la población desconoce el componente preventivo y rehabilitador de la terapia

respiratoria, limitando su utilización oportuna dentro de servicios comunitarios. Qin et al. (2025) destacan que la educación respiratoria y los programas de rehabilitación pulmonar representan intervenciones fundamentales para mejorar la calidad de vida y funcionalidad de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas; sin embargo, su incorporación continúa siendo limitada en muchos sistemas sanitarios debido al desconocimiento y escasa integración dentro del primer nivel de atención.

De manera general, los resultados obtenidos sugieren que existe un contexto favorable para la implementación progresiva de servicios de terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo. La elevada aceptabilidad observada tanto en usuarios como en profesionales de salud evidencia una necesidad reconocida dentro de la comunidad. Sin embargo, la implementación efectiva del servicio requerirá fortalecer aspectos relacionados con infraestructura, organización institucional y capacitación profesional, con el fin de garantizar sostenibilidad y calidad en la atención.

Finalmente, el presente estudio aporta evidencia contextual relevante sobre los factores que influyen en la aceptabilidad y barreras para la implementación de la terapia respiratoria en atención primaria, contribuyendo al fortalecimiento del primer nivel de atención y al desarrollo de futuras estrategias orientadas a mejorar el acceso a servicios respiratorios integrales dentro de comunidades rurales.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio permiten interpretar que la implementación de un servicio de terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo resulta potencialmente factible desde la perspectiva de la necesidad epidemiológica y de la aceptación de los usuarios. Sin embargo, su incorporación requiere fortalecer aspectos relacionados con la planificación institucional, la disponibilidad de recursos, la capacitación del personal y la articulación con las políticas de atención primaria establecidas por el Ministerio de Salud Pública. Desde la

perspectiva del sistema sanitario, estos resultados aportan evidencia local que puede orientar la toma de decisiones para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y favorecer un modelo de atención más preventivo, integral y centrado en las necesidades respiratorias de la población.

5.2. Conclusión

La presente investigación permitió evidenciar que las enfermedades respiratorias continúan representando una necesidad sanitaria relevante dentro del primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo, observándose una importante frecuencia de síntomas respiratorios y consultas asociadas a estas patologías en la población atendida. Estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a la prevención, manejo y rehabilitación respiratoria dentro del contexto comunitario.

Asimismo, se identificó una elevada aceptabilidad hacia la posible implementación de un servicio de terapia respiratoria en atención primaria, debido a que la mayoría de los usuarios manifestó disposición para asistir a sesiones terapéuticas y reconoció la utilidad del servicio para mejorar la salud respiratoria de la comunidad. Esto evidencia la existencia de una percepción favorable frente a la incorporación de intervenciones respiratorias dentro del primer nivel de atención.

Por otra parte, los profesionales de salud reconocieron que la implementación de terapia respiratoria podría contribuir al fortalecimiento de actividades preventivas, educativas y rehabilitadoras; sin embargo, señalaron diversas barreras relacionadas con infraestructura, disponibilidad de equipos, organización institucional y necesidad de capacitación profesional. Estos factores podrían influir directamente en la sostenibilidad y funcionamiento adecuado del servicio dentro de los establecimientos de atención primaria.

Además, se evidenció que el conocimiento de la población sobre terapia respiratoria se encuentra principalmente asociado a técnicas como la nebulización, observándose un menor reconocimiento de intervenciones relacionadas con ejercicios respiratorios y rehabilitación pulmonar. Este hallazgo demuestra la necesidad de

fortalecer procesos de educación sanitaria y promoción de la salud respiratoria dentro de la comunidad.

En términos generales, los resultados obtenidos evidencian que existe un contexto favorable para la implementación progresiva de servicios de terapia respiratoria en el primer nivel de atención de la parroquia Yaguachi Viejo. No obstante, para lograr una implementación efectiva y sostenible será necesario fortalecer aspectos institucionales, organizacionales y formativos que permitan garantizar una atención respiratoria integral y de calidad dentro del contexto comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Aburub, A., Darabseh, M. Z., Badran, R., Eilayyan, O., Shurrab, A. M., & Degens, H. (2024). The Effects of Digital Health Interventions for Pulmonary Rehabilitation in People with COPD: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Medicina*, 60(6), 963. <https://doi.org/10.3390/medicina60060963>
- Ayala-Chauvin, M., Chicaiza, F. A., Acosta-Vargas, P., Jadan, J., Maldonado-Garcés, V., Ortiz-Prado, E., Acosta-Vargas, G., Carrión-Toro, M., Santórum, M., Gonzalez-Rodriguez, M., Madera, C., & Esparza, W. (2024). Web-based pulmonary telehabilitation: A systematic review. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*, 34(1), 38. <https://doi.org/10.1038/s41533-024-00396-5>
- Behera, B. K., Prasad, R., & Shyambhavee. (2022). Primary health-care goal and principles. *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*, 221-239. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-90446-9.00008-3>
- Brown, C. L., Chartrand, L., Vollebregt, B., Kaur, D., Crawford, T., & Thille, P. (2024). Primary care occupational, physical, and respiratory therapy role adaptation in the first year of the COVID-19 pandemic. *BMC Primary Care*, 25(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02247-7>
- Cao, Z., He, L., Luo, Y., Tong, X., Zhao, J., Huang, K., Chen, Q., Jiao, L., Liu, Y., Geldsetzer, P., Yang, T., Wang, C., Bärnighausen, T. W., & Chen, S. (2025). Burden of chronic respiratory diseases and their attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990–2021: Results from the global burden of disease study 2021. *Chinese Medical Journal Pulmonary and Critical Care Medicine*, 3(2), 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.pccm.2025.05.005>
- Cox, N. S., Barton, C., Bondarenko, J., Clark, R., Perryman, J., & Holland, A. E. (2024). Characterizing pulmonary rehabilitation referrals from primary care. *Respiratory Medicine*, 234, 107822. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2024.107822>

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback.

Implementation Science, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>

Ecuador—*Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2024—Información general*. (s. f.).

Recuperado 24 de febrero de 2026, de

<https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/1151>

Felix, M., Vanegas, E., Sarfraz, A., Sarfraz, Z., Camacho, G., Barrios-Ruiz, A., Michel, J., Yukselen, Z., Agolli, A., Molina, D. M. A., Cejudo, P., Robles-Velasco, K., Bajaña, M. J. F., Calderón, J. C., Cortes-Telles, A., & Cherrez-Ojeda, I. (2024a). Knowledge and perceptions regarding pulmonary rehabilitation amongst Ecuadorian physicians following COVID-19 outbreak. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 19(1), 919.

<https://doi.org/10.5826/mrm.2024.919>

Felix, M., Vanegas, E., Sarfraz, A., Sarfraz, Z., Camacho, G., Barrios-Ruiz, A., Michel, J., Yukselen, Z., Agolli, A., Molina, D. M. A., Cejudo, P., Robles-Velasco, K., Bajaña, M. J. F., Calderón, J. C., Cortes-Telles, A., & Cherrez-Ojeda, I. (2024b). Knowledge and perceptions regarding pulmonary rehabilitation amongst Ecuadorian physicians following COVID-19 outbreak. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 19(1), 919.

<https://doi.org/10.5826/mrm.2024.919>

Garner, O., Ramey, J. S., & Hanania, N. A. (2022). Management of Life-Threatening Asthma: Severe Asthma Series. *CHEST*, 162(4), 747-756.

<https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.02.029>

INEC. (s. f.). *Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2024*.

Jaramillo, E. T., Willging, C. E., Saldana, L., Self-Brown, S., Weeks, E. A., & Whitaker, D. J. (2023). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions in the context of a randomized clinical trial in the United States: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09079-2>

- Jia, Y., Cheng, G., Wang, H., Ma, B., Cai, Y., Ren, X., Guo, Y., Gu, J., & Chen, O. (2025). Barriers and facilitators to implementing pulmonary rehabilitation guidelines in China: A qualitative study using implementation science frameworks. *Health Research Policy and Systems*, 23(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01330-y>
- Lim, Y. L., Engkasan, J. P., Jayakayatri Jeevajothi, N., Pinnock, H., Ming Khoo, E., Habib, M., & Chin Chan, S. (2025, septiembre 19). Barriers and enablers to centre-based pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease in low- and middle-income countries: A systematic review. *JOGH*. <https://jogh.org/2025/jogh-15-04255/>
- Long, H. M., Cobb, K. A., Leisenring, P. A., King, S. E., Willis, L. D., Pesek, R. D., & Berlinski, A. (2023). Implementation of a Respiratory Therapist-Driven Protocol for Spirometry and Asthma Education in a Pediatric Out-Patient Primary Care Setting. *Respiratory Care*, 68(9), 1195-1201. <https://doi.org/10.4187/respcare.10930>
- Ministerio de Salud Publica. (2018). *Manual_mais_2013*. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf
- Moya Brenes, E., Ordóñez Wong, A. L., Sánchez-Guevara, K., & Calvo-Gómez, S. (2025). Aporte del profesional en terapia respiratoria en la atención de las principales enfermedades respiratorias en el primer nivel de atención de salud en Costa Rica. *Revista Terapéutica*, 19(1), 20-36. <https://doi.org/10.33967/rt.v19i1.210>
- MSP. (s. f.). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud—MAIS*. Recuperado 26 de febrero de 2026, de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf
- Oh, J., Kim, S., Yim, Y., Kim, M. S., GBD 2023 Global Chronic Respiratory Disease and Covid Collaborators, Hay, S. I., Il Shin, J., & Yon, D. K. (2026). Global, regional, and national

- burden of chronic respiratory diseases and impact of the COVID-19 pandemic, 1990-2023: A Global Burden of Disease study. *Nature Medicine*, 32(1), 197-223.
<https://doi.org/10.1038/s41591-025-04077-9>
- OMS. (s. f.). *Declaration of Astana*. Recuperado 26 de febrero de 2026, de
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- Parmar, J., Sacrey, L. A., Anderson, S., Charles, L., Dobbs, B., McGhan, G., Shapkin, K., Tian, P., & Triscott, J. (2022). Facilitators, barriers and considerations for the implementation of healthcare innovation: A qualitative rapid systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 856-868. <https://doi.org/10.1111/hsc.13578>
- Primary Health Care—PAHO/WHO | Pan American Health Organization. (2026, febrero 23).
<https://www.paho.org/en/topics/primary-health-care>
- Qin, H., Jia, P., Yan, Q., Li, X., Zhang, Y., Jiang, H., Yang, H., & Li, L. (2025a). Barriers and facilitators to pulmonary rehabilitation in COPD: A mixed-methods systematic review. *BMC Pulmonary Medicine*, 25(1), 314. <https://doi.org/10.1186/s12890-025-03769-9>
- Qin, H., Jia, P., Yan, Q., Li, X., Zhang, Y., Jiang, H., Yang, H., & Li, L. (2025b). Barriers and facilitators to pulmonary rehabilitation in COPD: A mixed-methods systematic review. *BMC Pulmonary Medicine*, 25(1), 314. <https://doi.org/10.1186/s12890-025-03769-9>
- Ren, C., Li, J., Zheng, B., Li, R., Cao, N., Zhang, Y., Guan, L., Tian, J., Shi, D., Zhao, L., & Zhang, Z. (2025). Global, regional, and national burden and attributable risk factors of chronic respiratory diseases from 1990 to 2021 and projections to 2030. *Internal and Emergency Medicine*, 20(8), 2443-2454. <https://doi.org/10.1007/s11739-025-04149-1>
- Ring, B. J., Pestana, K., Sombatsaphay, V., Huet, Y., & Steck, T. (2022). Impact of Breathing Pattern and Nebulization on Expelled Viral Content During Mechanical Ventilation Using an Ex Vivo Porcine Lung System. *Respiratory Care*, 67(10), 1217-1225.
<https://doi.org/10.4187/respcare.09962>

- Rochester, C. L., Alison, J. A., Carlin, B., Jenkins, A. R., Cox, N. S., Bauldoff, G., Bhatt, S. P., Bourbeau, J., Burtin, C., Camp, P. G., Cascino, T. M., Dorney Koppel, G. A., Garvey, C., Goldstein, R., Harris, D., Houchen-Wolloff, L., Limberg, T., Lindenauer, P. K., Moy, M. L., ... Holland, A. E. (2023). Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 208(4), e7-e26.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>
- Salud en las Américas 2022. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19. (s. f.). Recuperado 27 de febrero de 2026, de <https://iris.paho.org/items/b17fb750-6854-4f2e-817e-755e58a45ab0>
- Schmitt, M., Hawkins, M., & Florsheim, P. (2025, agosto 22). *Key determinants in implementation processes: A systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) | Implementation Science Communications | Springer Nature Link*. Implement Sci Commun. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s43058-025-00712-1>
- ShahAli, S., Shahabi, S., Etemadi, M., Hedayati, M., Anne, B. C., Mojangani, P., Behzadifar, M., & Lankarani, K. B. (2023). Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. *Heliyon*, 9(10), e20736. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20736>
- Silva, L., Maricoto, T., Simão, P., Costa, P., & Padilha, J. M. (2024). Perceived barriers and criteria for referral to pulmonary rehabilitation used in primary health care by general practitioners. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), e36144-e36144. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.36144>
- van der Braak, K., Wald, J., Tansey, C. M., Paes, T., Sedeno, M., Selzler, A.-M., Stickland, M. K., Bourbeau, J., & Janaudis-Ferreira, T. (2023). Implementation and maintenance of an enhanced pulmonary rehabilitation program in a single centre: An implementation

study. *Chronic Respiratory Disease*, 20, 14799731231179105.

<https://doi.org/10.1177/14799731231179105>

Villamar-Rodríguez, M. J. (2023). Impacto de la rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) caso de estudio, Guayaquil-Ecuador. *RICEAFS. Revista de Investigación en Ciencias de la Educación, Actividad Física y Salud*, 1(1), 65-77. <https://doi.org/10.64905/riceafs.v1.n1.37rdb452>

Watson, J. S., Jordan, R. E., Adab, P., Vlaev, I., Enocson, A., & Greenfield, S. (2022).

Investigating primary healthcare practitioners' barriers and enablers to referral of patients with COPD to pulmonary rehabilitation: A mixed-methods study using the Theoretical Domains Framework. *BMJ Open*, 12(1), e046875.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046875>

Zolfaghari, E., Armaghanian, N., Waller, D., Medlow, S., Hobbs, A., Perry, L., Nguyen, K., & Steinbeck, K. (2022). Implementation science in adolescent healthcare research: An integrative review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 598.

<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07941-3>

ANEXOS

Solicitud de autorización:

SOLICITUD DE AUTORIZACION

Yaguachi, 25 de noviembre de 2024

Señor(a):

Mgs. Walter Boris Daza Garcia

Director distrital 09d21 Yaguachi-Salud

Presente.-

De nuestras consideraciones:

Nosotros, **Kleber Roberto Martínez Barco**, portador de la cédula de ciudadanía No. **0928783919**, y **Carlos Daniel Raffo Romero**, con cédula No. **0951252204**, estudiantes de la Maestría en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud de la prestigiosa **Universidad Estatal de Milagro**, solicitamos de manera respetuosa la autorización para realizar el estudio de investigación correspondiente a nuestro trabajo de titulación, titulado:

"Análisis de la viabilidad, oportunidades y condiciones necesarias para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención en los subcentros de salud de la parroquia Yaguachi Viejo."

El estudio se desarrollará en los centros de salud primaria de la parroquia Yaguachi Viejo, teniendo como propósito analizar la viabilidad, oportunidades y condiciones necesarias para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención.

La investigación se ejecutará bajo estrictos principios éticos y académicos, garantizando:

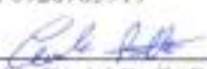
- La confidencialidad de la información recopilada.
- El anonimato de todos los participantes.
- El uso exclusivo de los datos con fines científicos y académicos.
- El cumplimiento de los protocolos y normativas del Ministerio de Salud Pública.

Nos comprometemos a compartir los resultados obtenidos con la institución, con el fin de aportar al fortalecimiento de los servicios de salud en la comunidad.

Agradecemos de antemano su atención y quedamos a disposición para cualquier aclaración o requerimiento adicional.

Atentamente,


Kleber Roberto Martínez Barco
C.I. 0928783919


Carlos Daniel Raffo Romero
C.I. 0951252204

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	
VENTANILLA ÚNICA	
RECIBIDO	
FECHA: 17/11/24	HORA: 17:33
NOMBRE: Dr. Kleber Martínez Barco	
ANEXOS: 12	
MSP-CZ55-GY-09D21-AF-AU-2025-003392	

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Yaguachi, 25/11/2024

Señor(a):

Dr. Dayanne Nichol Carillo Arco
Director(a) del Subcentro de Salud
Parroquia Yaguachi Viejo
Cantón Cone, Ecuador
Presente -

De nuestra consideración:

Nosotros, **Kleber Roberto Martínez Barco**, portador de la cédula de ciudadanía No. 0928783919, y **Carlos Daniel Raffo Romero**, con cédula No. 0951252204, estudiantes de la **Maestría en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud** de la prestigiosa **Universidad Estatal de Milagro**, solicitamos de manera respetuosa la **autorización para realizar el estudio de investigación** correspondiente a nuestro trabajo de titulación, titulado:

"Viabilidad en la implementación de la terapia respiratoria en subcentros de atención primaria: estudio en Yaguachi Viejo, Cantón Cone, Ecuador."

La investigación se desarrollará en los **subcentros de salud de la parroquia Yaguachi Viejo**, teniendo como propósito analizar la viabilidad, oportunidades y condiciones necesarias para la implementación de la terapia respiratoria en el primer nivel de atención. El estudio se ejecutará bajo estrictos principios éticos y académicos, garantizando:

- La **confidencialidad** de la información recopilada.
- El **anonimato** de todos los participantes.
- El uso exclusivo de los datos con fines **científicos y académicos**.
- El cumplimiento de los **protocolos y normativas** del Ministerio de Salud Pública.

Nos comprometemos a compartir los resultados obtenidos con la institución, con el fin de aportar al fortalecimiento de los servicios de salud en la comunidad. Agradecemos de antemano su atención y quedamos a disposición para cualquier aclaración o requerimiento adicional.

Atentamente,

Kleber Roberto Martínez Barco
C.I. 0928783919

Carlos Daniel Raffo Romero
C.I. 0951252204

Dirección Distrital 08021 Salud
Dra. Dayanne Nichol Carillo Arco
Médico Rural
REG.: 100820253152940
Recibido

Consentimiento informado dado a los profesionales de salud entrevistados:

Consentimientos Informados para Investigación

Título del estudio:

"Viabilidad en la implementación de la terapia respiratoria en subcentros de atención primaria: estudio en Yaguachi Viejo, Cantón Cone, Ecuador."

Invitación:

Usted ha sido invitado/a a participar en una **entrevista semiestructurada** dirigida a profesionales de salud con el objetivo de explorar, de manera más profunda, percepciones, experiencias, barreras, facilitadores y condiciones institucionales relacionadas con la implementación de terapia respiratoria en APS.

¿En qué consiste su participación?

- ✓ La entrevista tendrá una duración aproximada de **20 a 30 minutos**.
- ✓ Con su autorización, podrá ser grabada en audio solo para uso del análisis.
- ✓ Las preguntas serán abiertas y permitirán expresar su opinión de forma libre.

Riesgos:

No existen riesgos asociados más allá de la posibilidad de incomodidad al hablar de temas administrativos. Puede omitir preguntas o detener la entrevista cuando lo desee.

Voluntariedad:

La participación es voluntaria y no tiene impacto en su desempeño laboral, evaluación ni vínculo profesional. Puede retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

Confidencialidad:

La información de la entrevista será codificada y presentada de manera anónima. Las grabaciones (si se autorizan) serán eliminadas una vez finalizado el análisis. Ninguna opinión será atribuida a usted ni usada con fines administrativos.

Declaración de consentimiento

He sido informado/a sobre la naturaleza, propósito y procedimientos de esta entrevista. Acepto participar voluntariamente.

¿Autoriza grabación de audio? Sí (✓) No ()

Firma del participante: _____

Fecha: 24/11/2025

Firma del investigador: _____

Consentimientos Informados para Investigación

Título del estudio:

"Viabilidad en la implementación de la terapia respiratoria en subcentros de atención primaria: estudio en Yaguachi Viejo, Cantón Cone, Ecuador."

Invitación:

Usted ha sido invitado/a a participar en una **entrevista semiestructurada** dirigida a profesionales de salud con el objetivo de explorar, de manera más profunda, percepciones, experiencias, barreras, facilitadores y condiciones institucionales relacionadas con la implementación de terapia respiratoria en APS.

¿En qué consiste su participación?

- ✓ La entrevista tendrá una duración aproximada de **20 a 30 minutos**.
- ✓ Con su autorización, podrá ser grabada en audio solo para uso del análisis.
- ✓ Las preguntas serán abiertas y permitirán expresar su opinión de forma libre.

Riesgos:

No existen riesgos asociados más allá de la posibilidad de incomodidad al hablar de temas administrativos. Puede omitir preguntas o detener la entrevista cuando lo desee.

Voluntariedad:

La participación es voluntaria y no tiene impacto en su desempeño laboral, evaluación ni vínculo profesional. Puede retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

Confidencialidad:

La información de la entrevista será codificada y presentada de manera anónima. Las grabaciones (si se autorizan) serán eliminadas una vez finalizado el análisis. Ninguna opinión será atribuida a usted ni usada con fines administrativos.

Declaración de consentimiento

He sido informado/a sobre la naturaleza, propósito y procedimientos de esta entrevista.
Acepto participar voluntariamente.

¿Autoriza grabación de audio? Si (✓) No ()

Firma del participante: _____

Fecha: 21/11/2025

Firma del investigador: _____

Consentimientos Informados para Investigación

Título del estudio:

"Viabilidad en la implementación de la terapia respiratoria en subcentros de atención primaria: estudio en Yaguachi Viejo, Cantón Cone, Ecuador."

Invitación:

Usted ha sido invitado/a a participar en una **entrevista semiestructurada** dirigida a profesionales de salud con el objetivo de explorar, de manera más profunda, percepciones, experiencias, barreras, facilitadores y condiciones institucionales relacionadas con la implementación de terapia respiratoria en APS.

¿En qué consiste su participación?

- ✓ La entrevista tendrá una duración aproximada de **20 a 30 minutos**.
- ✓ Con su autorización, podrá ser grabada en audio solo para uso del análisis.
- ✓ Las preguntas serán abiertas y permitirán expresar su opinión de forma libre.

Riesgos:

No existen riesgos asociados más allá de la posibilidad de incomodidad al hablar de temas administrativos. Puede omitir preguntas o detener la entrevista cuando lo desee.

Voluntariedad:

La participación es voluntaria y no tiene impacto en su desempeño laboral, evaluación ni vínculo profesional. Puede retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

Confidencialidad:

La información de la entrevista será codificada y presentada de manera anónima. Las grabaciones (si se autorizan) serán eliminadas una vez finalizado el análisis. Ninguna opinión será atribuida a usted ni usada con fines administrativos.

Declaración de consentimiento

He sido informado/a sobre la naturaleza, propósito y procedimientos de esta entrevista. Acepto participar voluntariamente.

¿Autoriza grabación de audio? Sí (✓) No ()

Firma del participante: _____

Fecha: 24/11/2025

Firma del investigador: _____

Consentimientos informados a los usuarios encuestados:

Consentimientos Informados para Investigación

Título del estudio:

"Viabilidad en la implementación de la terapia respiratoria en subcentros de atención primaria: estudio en Yaguachi Viejo, Cantón Cone, Ecuador."

Invitación:

Usted está siendo invitado/a a participar en una encuesta breve sobre la percepción y aceptación de los usuarios frente a la posible implementación de un servicio de terapia respiratoria.

¿En qué consiste su participación?

- ✓ Usted responderá una encuesta de aproximadamente **5 a 7 minutos**.
- ✓ Las preguntas serán sobre su percepción de los servicios de salud, su conocimiento sobre terapia respiratoria y su opinión respecto a implementarla en el subcentro.
- ✓ No se le realizarán procedimientos médicos ni físicos.

Riesgos:

El estudio presenta riesgo mínimo, ya que solo consiste en responder preguntas. Puede omitir cualquier pregunta que le genere incomodidad.

Voluntariedad:

Su participación es totalmente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna para su atención de salud.

Confidencialidad:

No se solicitará su nombre ni ningún dato que lo identifique. La información será utilizada únicamente con fines académicos.

Declaración de consentimiento

He sido informado/a sobre el estudio y comprendo en qué consiste mi participación. Acepto responder la encuesta de manera voluntaria.

Firma o huella del participante: _____

Fecha: 24/11/2025

Firma del investigador: _____

Consentimientos Informados para Investigación

Título del estudio:

"Viabilidad en la implementación de la terapia respiratoria en subcentros de atención primaria: estudio en Yaguachi Viejo, Cantón Cone, Ecuador."

Invitación:

Usted está siendo invitado/a a participar en una encuesta breve sobre la percepción y aceptación de los usuarios frente a la posible implementación de un servicio de terapia respiratoria.

¿En qué consiste su participación?

- ✓ Usted responderá una encuesta de aproximadamente **5 a 7 minutos**.
- ✓ Las preguntas serán sobre su percepción de los servicios de salud, su conocimiento sobre terapia respiratoria y su opinión respecto a implementarla en el subcentro.
- ✓ No se le realizarán procedimientos médicos ni físicos.

Riesgos:

El estudio presenta riesgo mínimo, ya que solo consiste en responder preguntas. Puede omitir cualquier pregunta que le genere incomodidad.

Voluntariedad:

Su participación es totalmente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna para su atención de salud.

Confidencialidad:

No se solicitará su nombre ni ningún dato que lo identifique. La información será utilizada únicamente con fines académicos.

Declaración de consentimiento

He sido informado/a sobre el estudio y comprendo en qué consiste mi participación. Acepto responder la encuesta de manera voluntaria.

Firma o huella del participante: Si

Fecha: 24/11/2025

Firma del investigador: [Firma]

Consentimientos Informados para Investigación

Título del estudio:

"Viabilidad en la implementación de la terapia respiratoria en subcentros de atención primaria: estudio en Yagachi Viejo, Cantón Cone, Ecuador."

Invitación:

Usted está siendo invitado/a a participar en una encuesta breve sobre la percepción y aceptación de los usuarios frente a la posible implementación de un servicio de terapia respiratoria.

¿En qué consiste su participación?

- ✓ Usted responderá una encuesta de aproximadamente **5 a 7 minutos**.
- ✓ Las preguntas serán sobre su percepción de los servicios de salud, su conocimiento sobre terapia respiratoria y su opinión respecto a implementarla en el subcentro.
- ✓ No se le realizarán procedimientos médicos ni físicos.

Riesgos:

El estudio presenta riesgo mínimo, ya que solo consiste en responder preguntas. Puede omitir cualquier pregunta que le genere incomodidad.

Voluntariedad:

Su participación es totalmente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna para su atención de salud.

Confidencialidad:

No se solicitará su nombre ni ningún dato que lo identifique. La información será utilizada únicamente con fines académicos.

Declaración de consentimiento

He sido informado/a sobre el estudio y comprendo en qué consiste mi participación. Acepto responder la encuesta de manera voluntaria.

Firma o huella del participante: Si

Fecha: 21/11/2025

Firma del investigador: [Firma]

Validación por juicio de expertos del cuestionario

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: Encuesta dirigida a usuarios

I. DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

“ACEPTABILIDAD Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PARROQUIA YAGUACHI VIEJO.”

Objetivo general:

“Analizar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la Terapia Respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi Viejo.”

Instrumento:

Encuesta dirigida a usuarios.

Objetivo del instrumento:

Evaluar la aceptabilidad del servicio de Terapia Respiratoria y las barreras percibidas por los usuarios del primer nivel de atención.

II. DATOS DEL EXPERTO

Nombre completo: Jeanina Carolina Lascano Filian

Profesión: Licenciada en Enfermería

Grado académico: Maestranda

Especialidad: Ciencias de la Enfermería con especialización en gestión sanitaria

Institución: Universidad del Atlántico

Cargo: Docencia en Salud

Años de experiencia: 4

Experiencia en investigación: 4 años

III. INSTRUCCIONES

Estimado(a) experto(a):

Se solicita evaluar el presente instrumento considerando la correspondencia entre sus preguntas y los objetivos de la investigación, valorando la calidad metodológica de cada ítem.

Marque con una X la puntuación correspondiente.

Criterio	1	2	3	4	5
Claridad de las instrucciones					X
Correspondencia con el objetivo general					X
Correspondencia con los objetivos específicos					X
Correspondencia con la variable "Aceptabilidad"					X
Correspondencia con la variable "Barreras"					X
Correspondencia con las dimensiones					X
Pertinencia científica					X
Secuencia lógica de las preguntas					X
Redacción de los ítems					X
Comprensión del lenguaje					X
Tiempo estimado de aplicación					X
Factibilidad de aplicación					X
Calidad metodológica del instrumento					X

IV. EVALUACIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO

Criterio	1	2	3	4	5
Claridad de las instrucciones					X
Correspondencia con el objetivo general					X
Correspondencia con los objetivos específicos					X
Correspondencia con la variable "Aceptabilidad"					X
Correspondencia con la variable "Barreras"					X
Correspondencia con las dimensiones					X
Pertinencia científica					X
Secuencia lógica de las preguntas					X
Redacción de los ítems					X
Comprensión del lenguaje					X
Tiempo estimado de aplicación					X
Factibilidad de aplicación					X
Calidad metodológica del instrumento					X

V. EVALUACIÓN DE CADA PREGUNTA

Pregunta	Claridad	Pertinencia	Coherencia	Relevancia	Observaciones
1. ¿Ha escuchado sobre la terapia respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
2. ¿Cree que la terapia respiratoria puede mejorar la salud respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
3. ¿Estaría dispuesto(a) a recibir sesiones de terapia respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
4. ¿Cuál de las siguientes técnicas conoce?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
5. ¿Tiene síntomas frecuentes de enfermedades respiratorias?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
6. ¿Conoce a alguien con enfermedad respiratoria en su hogar?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
7. ¿Con qué frecuencia acude al subcentro por enfermedades respiratorias?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
8. Considera útil implementar un servicio de Terapia Respiratoria para la comunidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
9. Cree que el personal puede brindar adecuadamente este servicio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
10. Le interesaría aprender ejercicios respiratorios.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
11. Acudiría a sesiones de Terapia Respiratoria.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
12. El subcentro queda lejos de mi domicilio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
13. El horario no se ajusta a mis posibilidades.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
14. No confío en que el servicio sea adecuado.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
15. No entiendo bien qué es la Terapia Respiratoria.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
16. No creo necesitar este tipo de servicio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA

VI. OBSERVACIONES GENERALES

NA

VII. DICTAMEN

- ☒ Aprobado sin modificaciones.
- ☐ Aprobado con modificaciones menores.
- ☐ Requiere modificaciones importantes.
- ☐ No recomendado para su aplicación.

Nombre del experto: Jeanina Carolina Lascano Filian



Firma: _____

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: Encuesta dirigida a usuarios

I. DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

“ACEPTABILIDAD Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PARROQUIA YAGUACHI VIEJO.”

Objetivo general:

“Analizar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la Terapia Respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi Viejo.”

Instrumento:

Encuesta dirigida a usuarios.

Objetivo del instrumento:

Evaluar la aceptabilidad del servicio de Terapia Respiratoria y las barreras percibidas por los usuarios del primer nivel de atención.

II. DATOS DEL EXPERTO

Nombre completo: Andrea Elizabeth Alvarado Franco

Profesión: Terapeuta Respiratorio

Grado académico: Maestranda

Especialidad: Docencia e Investigación en Educación Superior

Institución: Universidad Bolivariana del Ecuador

Cargo: Coordinadora General del Centro de Simulación y Laboratorios Especializados

Años de experiencia: 5

Experiencia en investigación: NA

III. INSTRUCCIONES

Estimado(a) experto(a):

Se solicita evaluar el presente instrumento considerando la correspondencia entre sus preguntas y los objetivos de la investigación, valorando la calidad metodológica de cada ítem.

Marque con una X la puntuación correspondiente.

Criterio	1	2	3	4	5
Claridad de las instrucciones					X
Correspondencia con el objetivo general					X
Correspondencia con los objetivos específicos					X
Correspondencia con la variable "Aceptabilidad"					X
Correspondencia con la variable "Barreras"					X
Correspondencia con las dimensiones					X
Pertinencia científica					X
Secuencia lógica de las preguntas					X
Redacción de los ítems					X
Comprensión del lenguaje					X
Tiempo estimado de aplicación					X
Factibilidad de aplicación					X
Calidad metodológica del instrumento					X

IV. EVALUACIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO

Criterio	1	2	3	4	5
Claridad de las instrucciones					X
Correspondencia con el objetivo general					X
Correspondencia con los objetivos específicos					X
Correspondencia con la variable "Aceptabilidad"					X
Correspondencia con la variable "Barreras"					X
Correspondencia con las dimensiones					X
Pertinencia científica					X
Secuencia lógica de las preguntas					X
Redacción de los ítems					X
Comprensión del lenguaje					X
Tiempo estimado de aplicación					X
Factibilidad de aplicación					X
Calidad metodológica del instrumento					X

Pregunta	Claridad	Pertinencia	Coherencia	Relevancia	Observaciones
1. ¿Ha escuchado sobre la terapia respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
2. ¿Cree que la terapia respiratoria puede mejorar la salud respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
3. ¿Estaría dispuesto(a) a recibir sesiones de terapia respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
4. ¿Cuál de las siguientes técnicas conoce?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
5. ¿Tiene síntomas frecuentes de enfermedades respiratorias?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
6. ¿Conoce a alguien con enfermedad respiratoria en su hogar?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
7. ¿Con qué frecuencia acude al subcentro por enfermedades respiratorias?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
8. Considera útil implementar un servicio de Terapia Respiratoria para la comunidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
9. Cree que el personal puede brindar adecuadamente este servicio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
10. Le interesaría aprender ejercicios respiratorios.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
11. Acudiría a sesiones de Terapia Respiratoria.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
12. El subcentro queda lejos de mi domicilio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
13. El horario no se ajusta a mis posibilidades.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
14. No confío en que el servicio sea adecuado.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
15. No entiendo bien qué es la Terapia Respiratoria.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA
16. No creo necesitar este tipo de servicio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	NA

VI. OBSERVACIONES GENERALES

NA

VII. DICTAMEN

- ☒ Aprobado sin modificaciones.
- ☐ Aprobado con modificaciones menores.
- ☐ Requiere modificaciones importantes.
- ☐ No recomendado para su aplicación.

Nombre del experto: Andrea Elizabeth Alvarado Franco

Firma: _____



FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: Encuesta dirigida a usuarios

I. DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

“ACEPTABILIDAD Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PARROQUIA YAGUACHI VIEJO.”

Objetivo general:

“Analizar la aceptabilidad y las barreras para la implementación de la Terapia Respiratoria en el primer nivel de atención en la parroquia Yaguachi Viejo.”

Instrumento:

Encuesta dirigida a usuarios.

Objetivo del instrumento:

Evaluar la aceptabilidad del servicio de Terapia Respiratoria y las barreras percibidas por los usuarios del primer nivel de atención.

II. DATOS DEL EXPERTO

Nombre completo: José Joel Alarcón Jijón

Profesión: Terapeuta Respiratorio

Grado académico: Cuarto Nivel

Especialidad: Magister En Educación Con Mención En Docencia E Investigación En Educación Superior

Institución: Universidad Estatal De Milagro

Cargo: Docente

Años de experiencia: 2 años

Experiencia en investigación: Investigación Superior

III. INSTRUCCIONES

Estimado experto: José Joel Alarcón Jijón

Se solicita evaluar el presente instrumento considerando la correspondencia entre sus preguntas y los objetivos de la investigación, valorando la calidad metodológica de cada ítem.

Marque con una X la puntuación correspondiente.

Criterio	1	2	3	4	5
Claridad de las instrucciones					X
Correspondencia con el objetivo general					X
Correspondencia con los objetivos específicos					X
Correspondencia con la variable "Aceptabilidad"					X
Correspondencia con la variable "Barreras"					X
Correspondencia con las dimensiones					X
Pertinencia científica					X
Secuencia lógica de las preguntas					X
Redacción de los ítems					X
Comprensión del lenguaje					X
Tiempo estimado de aplicación					X
Factibilidad de aplicación					X
Calidad metodológica del instrumento					X

IV. EVALUACIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO

Criterio	1	2	3	4	5
Claridad de las instrucciones					X
Correspondencia con el objetivo general					X
Correspondencia con los objetivos específicos					X
Correspondencia con la variable "Aceptabilidad"					X
Correspondencia con la variable "Barreras"					X
Correspondencia con las dimensiones					X
Pertinencia científica					X
Secuencia lógica de las preguntas					X
Redacción de los ítems					X
Comprensión del lenguaje					X
Tiempo estimado de aplicación					X
Factibilidad de aplicación					X
Calidad metodológica del instrumento					X

V. EVALUACIÓN DE CADA PREGUNTA

Pregunta	Claridad	Pertinencia	Coherencia	Relevancia	Observaciones
1. ¿Ha escuchado sobre la terapia respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
2. ¿Cree que la terapia respiratoria puede mejorar la salud respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
3. ¿Estaría dispuesto(a) a recibir sesiones de terapia respiratoria?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
4. ¿Cuál de las siguientes técnicas conoce?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
5. ¿Tiene síntomas frecuentes de enfermedades respiratorias?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
6. ¿Conoce a alguien con enfermedad respiratoria en su hogar?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
7. ¿Con qué frecuencia acude al subcentro por enfermedades respiratorias?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
8. Considera útil implementar un servicio de Terapia Respiratoria para la comunidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
9. Cree que el personal puede brindar adecuadamente este servicio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
10. Le interesaría aprender ejercicios respiratorios.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
11. Acudiría a sesiones de Terapia Respiratoria.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
12. El subcentro queda lejos de mi domicilio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
13. El horario no se ajusta a mis posibilidades.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
14. No confío en que el servicio sea adecuado.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
15. No entiendo bien qué es la Terapia Respiratoria.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A
16. No creo necesitar este tipo de servicio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	N/A

VI. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento presenta una estructura clara, ordenada y coherente con el objetivo de la investigación. Las preguntas permiten recopilar información relevante sobre la aceptabilidad de la Terapia Respiratoria y las principales barreras para su implementación en el primer nivel de atención. Además, utiliza un lenguaje sencillo y comprensible para la población participante, mantiene una secuencia lógica y posee una extensión adecuada para facilitar su aplicación.

VII. DICTAMEN

- ☐ Aprobado sin modificaciones.
- ☐ Aprobado con modificaciones menores.
- ☐ Requiere modificaciones importantes.
- ☐ No recomendado para su aplicación.

Nombre del experto: José Joel Alarcón Jijón

Firma: _____



Base de datos:

Compartido conmigo > 2025 >

✓ ☰ ⓘ

Tipo Personas Modificado Fuente

Nombre	Propietario	Fecha de modifi...	Tamaño de a	
3. MARZO	E estadística.0...	15 oct 2025	—	⋮
2. FEBRERO	E estadística.0...	15 oct 2025	—	⋮
1. ENERO	E estadística.0...	15 oct 2025	—	⋮
ANUAL Pras vertical a diciembre 2025.xlsx	X xcajasczs5@...	8 ene	539,2 MB	⋮
ANUAL Pras horizontal a diciembre 2025.xlsx	X xcajasczs5@...	8 ene	243,7 MB	⋮

ATEMED_	ATEMED_	ATEMED_	PCTE_ULT_	SEMANAS	NIVEL_DE	COD_TIPC	TIPO_ENT	IGU_DESC	ESQ_EDAT	MES	PROFESIO	CIE10 CON DESCRIPCION	D	Me	AÑO
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		0 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	20	1	2025
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		1-4 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	16	1	2025
Intramural	712	Establecimie Delgadez Aceptable			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		15-19 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	23	1	2025
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		0 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	13	1	2025
Intramural	712	Establecimie Peso normal			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		20-49 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	21	1	2025
Intramural	712	Establecimie Obesidad Tipo I			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		20-49 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	17	1	2025
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		1-4 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	6	1	2025
Intramural	712	Establecimie Peso normal			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		15-19 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	22	1	2025
Intramural	712	Establecimie Sobre peso			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		20-49 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	23	1	2025
Intramural	712	Establecimie Peso normal			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		15-19 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	23	1	2025
Intramural	712	Establecimie Peso normal			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		10-14 AÑOS	1	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	23	1	2025
Intramural	712	Establecimie Obesidad Tipo I			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		65 AÑOS Y M	2	MEDICO	J22X INFECCION AGUDA NC	18	2	2025
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		0 AÑOS	2	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	4	2	2025
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		1-4 AÑOS	2	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	13	2	2025
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		1-4 AÑOS	2	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	13	2	2025
Intramural	712	Establecimie Peso normal			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		20-49 AÑOS	2	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	19	2	2025
Intramural	712	Establecimiento de Salud			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		0 AÑOS	2	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	24	2	2025
Intramural	712	Establecimie Delgadez Severa			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		10-14 AÑOS	2	MEDICO	J029 FARINGITIS AGUDA, N	4	2	2025
Intramural	712	Establecimie Peso normal			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		15-19 AÑOS	2	MEDICO	J00X RINOFARINGITIS AGU	20	2	2025
Intramural	712	Establecimie Delgadez Aceptable			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		10-14 AÑOS	2	MEDICO	J90X DERRAME PLEURAL NC	24	2	2025
Intramural	712	Establecimie Peso normal			NIVEL 1	218	CENTRO DE S MSP		10-14 AÑOS	2	MEDICO	J90X DERRAME PLEURAL NC	20	2	2025

Informe de Originalidad:

28/5/28, 18:22

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA

Informe de originalidad

NOMBRE DEL CURSO

tesis antiplagio

NOMBRE DEL ALUMNO

KLÉBER ROBERTO MARTÍNEZ BARCO

NOMBRE DEL ARCHIVO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA

SE HA CREADO EL INFORME

28 may 2028

Resumen

Fragmentos marcados	4	2 %
Fragmentos citados o entrecorridos	0	0 %

Coincidencias de la Web

unemi.edu.ec	1	0,9 %
slideshare.net	1	0,5 %
paho.org	2	0,1 %

1 de 4 fragmentos

Fragmento del alumno **MARCADO**

114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva...

Mejor coincidencia en la Web

114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva...

derecho de autor - Repositorio

UNEMI <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4759/2/DERECHO%20DE%20AUTOR%20PDF.pdf>

2 de 4 fragmentos

Fragmento del alumno **MARCADO**

Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero...

Mejor coincidencia en la Web

https://classroom.google.com/g/1f0DY2Mzc3ODE1MTQxODY2Mzc3NDcxODE4/1NkOobYXw2sDlvyPZQMgErAkgfWRQyKkbErE_uL8

1/2

Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero...

SERRANO TORRES CARLOS EDISON.pdf - Sildeshare <https://es.sildeshare.net/sildeshowserrano-torres-carlos-edisonpdf/266252360>

3 de 4 fragmentos

Fragmento del alumno MARCADO

...recursos en niveles hospitalarios (Salud en las Américas 2022. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19, s. f.). Desde esta perspectiva, fortalecer el primer...

[Mejor coincidencia en la Web](#)

Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19. La pandemia de COVID-19 ha trastocado cada ámbito de la vida de las personas y ha tenido repercusiones en la salud...

Salud en las Américas 2022: Panorama de la Región de las ... <https://hila.paho.org/es/covid-2022>

4 de 4 fragmentos

Fragmento del alumno MARCADO

...atención Integrales e Interdisciplinarios (Salud en las Américas 2022. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19

[Mejor coincidencia en la Web](#)

Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19. La pandemia de COVID-19 ha trastocado cada ámbito de la vida de las personas y ha tenido repercusiones en la salud...

Salud en las Américas 2022: Panorama de la Región de las ... <https://hila.paho.org/es/covid-2022>
