



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Percepción en atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén – Loja.

**Trabajo de Titulación, previo a la
obtención del título de Médico
General**

AUTORA

Josselyn Antonieta Reyes Pinta

DIRECTORA

Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mgs. Sc

Loja – Ecuador

2024

Certificación

Loja, 03 de febrero de 2023

Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del trabajo de titulación:

“Percepción en atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén – Loja” de la Srta. Josselyn Antonieta Reyes Pinta, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Firmado electrónicamente por:

Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Josselyn Antonieta Reyes Pinta**, declaro ser autor/a del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma

Autora: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

C.I: 1105244683

Fecha: Loja, 25 de junio de 2024

Celular: 0980268684

Correo electrónico: josselyn.reyes@unl.edu.ec

Carta de Autorización

Yo, **Josselyn Antonieta Reyes Pinta**, declaro ser autor/a del Trabajo de Titulación denominado: **Percepción en atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén – Loja.**, como requisito para optar por el título de **Medico General**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los veinticinco días del mes de junio de dos mil veinticuatro.

Firma

Autora: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Cedula: 1105244683

Dirección: Barrio” San Francisco de Borja”

Correo electrónico: reyesjosselyn96@gmail.com

Telefono: 0980268684

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de trabajo de titulación: Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente: Dra. María Esther Reyes Rodríguez

Vocal: Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo

Vocal: Dr. David Ricardo Mogrovejo Palacios

Dedicatoria

Como creyente, agradezco a Dios que me ha permitido un despertar cada día para continuar, por la fe y esperanza que deposito en cada oración hacia él. A mis padres, hermanos y amigos que han sido mi apoyo incondicional durante todos estos años, por su paciencia, comprensión, oraciones y consejos; a mis mascotas Nico y Lupe que me acompañaron siempre en mis noches de desvelos. A cada uno de los pacientes que siempre estuvieron predispuestos para brindarme su información y confianza mientras iniciaba con mis prácticas pre profesionales.

A mis docentes, aquellos que supieron, además de brindarme conocimientos y experiencias, su aprecio y buena predisposición al momento de despejar dudas durante mi formación estudiantil.

Atentamente:

Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Agradecimiento

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana (FSH) y en especial a la Carrera de Medicina Humana, igualmente dejo expresada mi gratitud a la Coordinación Zonal de Salud y al personal del Centro de Salud Belén, por la atención brindada en cada una de las consultas necesarias para el desarrollo de este trabajo de tesis dentro de la población de esta casa de salud.

Extiendo un agradecimiento especial a mi docente de la cátedra de Titulación y proyecto de Tesis y tutora del presente trabajo, Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mgs. Sc, por la paciencia, apoyo y orientación necesaria para la elaboración del presente proyecto de tesis.

Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Índice de Contenido

i. Portada.....	i
ii. Certificación	ii
iii. Autoría.....	iii
iv. Carta de Autorización.....	iv
v. Dedicatoria.....	v
vi. Agradecimiento	vi
vii. Índice de Contenido	vii
viii. Índice de tablas.....	ix
ix. Índice de figuras	ix
x. Índice de cuadros.....	x
xi. Índice de anexos.....	x
1. Título.....	xi
2. Resumen.....	2
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1. Atención primaria de salud.....	7
4.1.1. <i>Historia</i>	7
4.1.2. <i>Atención primaria de Salud en Ecuador</i>	9
4.1.3. <i>Funciones de atención primaria de salud</i>	10
4.1.4. <i>Principios en atención primaria de salud</i>	11
4.2. Relación médico paciente.....	12
4.3. Adultos mayores	13
4.3.1. <i>El Adulto Mayor en Ecuador</i>	13
4.3.2. <i>Localización demográfica</i>	14
4.3.3. <i>Perfil epidemiológico</i>	15
4.4. Calidad de vida	16
4.4.1. <i>Salud y enfermedad</i>	17
4.4.2. <i>Indicadores de calidad de vida</i>	17
4.4.2.1. <i>Dolor</i>	18
4.4.2.2. <i>Energía para la vida diaria</i>	18
4.4.2.3. <i>Sueño y descanso</i>	18
4.4.2.4. <i>Deterioro cognitivo</i>	19
4.4.2.5. <i>Actividades de la vida diaria</i>	19

4.4.3. Componentes de Calidad de vida Relacionado con la vejez.....	20
5. Metodología	21
5.1. Área de estudio.....	21
5.2. Enfoque de estudio	21
5.3. Técnicas	21
5.4. Tipo de diseño utilizado	21
5.5. Unidad de estudio.....	22
5.6. Universo y muestra	22
5.7. Criterios de inclusión	22
5.8. Criterios de exclusión.....	22
5.9. Instrumentos y procedimiento.....	22
5.9.1. Consentimiento informado de la OMS.	22
5.9.2. Cuestionario Primary Care Assessment Tools, Customer-client Survey (PCAT usuarios AE).	23
5.9.2.1. Directrices y explicaciones para el uso de PCAToo.....	24
5.9.2.2. Uso del PCAToLL.....	28
5.9.2.3. Cálculo de la puntuación general APS.....	29
5.9.3. Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQOL OLD.	31
5.9.4. Pruebas estadísticas.	32
5.9.5. Procedimiento.....	34
5.9.6. Recursos humanos.....	34
6. Resultados.....	35
6.1. Distribución según sexo y grupo de edad	35
6.2. Resultado para el primer objetivo	36
6.3. Resultado para el segundo objetivo	37
6.4. Resultado para el tercer objetivo.....	38
7. Discusión	40
8. Conclusiones	43
9. Recomendaciones.....	44
10. Bibliografía.....	45
11. Anexos	50

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución según sexo y grupo de edad de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén.....	35
Tabla 2. Tipo de experiencia (percepción de la atención) de los adultos mayores que acuden a la atención primaria de salud según grupo de edad y sexo del Centro de Salud Belén en el periodo junio – diciembre 2022.....	36
Tabla 3. Calidad de vida de los adultos mayores según grupos de edad y sexo que acuden al Centro de Salud Belén, durante el periodo junio - diciembre 2022.....	37
Tabla 4. Relación entre la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores durante el periodo junio – diciembre 2022.....	38
Tabla 5. Relación de la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores según Chi2.....	38
Tabla 6. Relación de la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores según Chi2 y V de Cramer	38
Tabla 7. Relación de la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores según el Coeficiente de Correlación de Spearman	39

Índice de figuras

Figura 1. Incidencia de la población adulta mayor por provincia	14
Figura 2. Modelo conceptual sobre calidad de vida de la OMS.....	18
Figura 3. Mapa del área que cubre el Centro de Salud Belén..	21

Índice de cuadros

Cuadro 1. Egresos hospitalarios, días y promedio de estada en personas de 65 o más años según causa de morbilidad Lista Internacional Detallada CIE - 10 año 2020.	15
Cuadro 2. Defunciones generales por sexo y rango de edad, año 2020.	16
Cuadro 3. Estructura del PCAT según atributos de atención. Categorización según Barbara Starfield y correspondencia con secciones del formulario PCAT.	24

Índice de anexos

11.1. Aprobación y pertinencia del trabajo de investigación... ..	53
11.2. Designación de director de tesis	54
11.3. Autorización de recolección de datos.....	55
11.4. Certificación del idioma inglés	56
11.5. Consentimiento informado de la OMS.....	57
11.6. Cuestionario: Herramientas de Evaluación de Atención Primaria PCAT – usuarios adultos).....	59
11.7. Cuestionario: Organización Mundial De La Salud Calidad De Vida - Adultos Mayores (WHOQOL-OLD)	60
11.8. Basede datos.....	63
11.9. Tablas complementarias.....	69
11.10. Proyecto de tesis.....	67

1. Título

**Percepción en atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos
mayores atendidos en el Centro de Salud Belén – Loja**

2. Resumen

La calidad de vida se considera como la percepción personal subjetiva del entorno global en el que se desarrolla cada individuo, mientras que la calidad de atención primaria parte desde la perspectiva individual de la atención recibida. La presente investigación tuvo como finalidad identificar el tipo de experiencia de los adultos mayores que acuden a la atención primaria de salud, evaluar la calidad de vida de los adultos mayores según grupos de edad y sexo y establecer la relación de la atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022, con un enfoque cuantitativo en una población de 91 adultos mayores, a quienes se aplicó el Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) donde el sexo femenino obtuvo 57,63% (n=34) de experiencia alta, el sexo masculino 56,30% (n=18) de experiencia baja dentro de la calificación general ($\geq 6,6$; $< 6,6$). Además, se empleó el cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores (WHOQOL OLD) en donde el 83,52% (n=76) de los adultos mayores de ambos sexos mostraron buena calidad de vida, con predominio del sexo femenino con 35,59% (n=21) en comparación al 25,00% (n=8) del sexo masculino. Se concluye que las variables estudiadas presentaron independencia estadística, considerando que la calidad de atención primaria y la calidad de vida dependerá de la perspectiva y el entorno de cada persona. Con el precedente, se deben reforzar las debilidades de los atributos de la APS que obtuvieron los puntajes más bajos; además, se sugiere a los familiares involucrarse en la salud y en las actividades de los adultos mayores, para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: *Primer Nivel de Atención, Estilo de vida, Persona Mayor, Atención a la Salud.*

Abstrac

Quality of life is considered as the subjective personal perception of the overall environment in which each individual develops, whereas the quality of primary care stems from the individual perspective of the care received. The present research aimed to identify the type of experience elderly adults have when attending primary health care, evaluate their quality of life according to age groups and gender, and establish the relationship between primary health care and the quality of life of elderly adults attending Centro de Salud Belén – Loja during the period from June to December 2022, with a quantitative approach involving a population of 91 elderly adults, who were administered the Primary Care Assessment Tools Questionnaire (PCAT – adult users). The results showed that 57.63% (n=34) of female respondents reported a high experience, while 56.30% (n=18) of male respondents reported a low experience within the overall rating (≥ 6.6 ; < 6.6). Additionally, the WHOQOL-OLD questionnaire for Quality of Life in Older Adults was employed, revealing that 83.52% (n=76) of elderly adults of both genders exhibited a good quality of life, with a predominance of females at 35.59% (n=21) compared to 25.00% (n=8) of males. It is concluded that the studied variables demonstrated statistical independence, indicating that the quality of primary care and quality of life depends on the perspective and environment of each individual. Given this precedent, it is essential to strengthen the weaknesses of the primary care attributes that received the lowest scores. Additionally, it is recommended that family members become involved in the health and activities of elderly adults to improve their quality of life.

Keywords: *Primary Level of Care, Lifestyle, Elderly Person, Health Care.*

3. Introducción

Históricamente, el acceso y la calidad de la atención primaria en salud se han catalogado como un problema dentro de los sistemas de salud pública alrededor del mundo. En 2021, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló que el sistema de salud público se basa en la atención primaria en salud en varios países latinoamericanos; sin embargo, en América latina, una tercera parte de las personas (29,3%) afirman que no buscaron atención médica cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso. Según datos publicados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en América Latina y el Caribe, habrá 23 médicos y 33 enfermeras por cada 100.000 habitantes en 2023. Los países en vías de desarrollo se ven particularmente afectados por estos elementos, lo que afecta especialmente a las poblaciones más frágiles. (Pérez Cuevas, y otros, 2023). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la APS:

Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y tiene como objetivo garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan cerca como sea posible del entorno cotidiano. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021, p 1)

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es responsable de supervisar el sistema de salud y lleva a cabo diversos proyectos para brindar atención médica a toda la población, especialmente a aquellos más necesitados y vulnerables. Estas técnicas permiten un seguimiento médico individualizado [...]. El compromiso es garantizar el bienestar de los ciudadanos más necesitados de Ecuador, independientemente de su ubicación en las zonas remotas del país. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2021)

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con un enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural del año 2021, el MSP establece que los APS realizan un conjunto de acciones integrales de acuerdo a los grupos de edad de la población, ejecutando prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. (MSP, 2021)

A nivel mundial el porcentaje de personas mayores de 60 años aumentará un 34%, entre 2020 y 2030. Actualmente, hay más personas de 60 años o más que niños menores

de cinco años. Se prevé que cerca del 65% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos, y el número de personas de 60 años o más superará al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, para el año 2050. (OMS, 2021)

En nuestro país, el Código Orgánico de Salud aprobado en 2020 ampara la atención integral a las personas adultas mayores, es así que en el Capítulo II Normas Generales y Derechos, Sección III Derechos de las Personas, Familias y Comunidades en su Art. 23 menciona que, las personas adultas mayores tienen derecho a:

Recibir atención geriátrica y gerontológica integral de salud y adecuada a su condición, acceder a programas de promoción de la salud, educación para la salud y prácticas de vida saludable, orientadas entre otras cosas, a prevenir las enfermedades y discapacidades, favorecer el envejecimiento y la sexualidad saludable, fomentando la autonomía y el autocuidado; recibir información suficiente, clara y completa en cuanto a las decisiones médicas que les afecten.

Además, el mismo Código Orgánico de Salud hace referencia a la atención primaria de salud en su Título II Organización y Funciones del Sistema Nacional de Salud, Capítulo I Función de Rectoría, Sección II Modelo De Atención, Art. 50 Modelo de Atención.

El Sistema Nacional de Salud se organizará con un modelo de atención integral de salud, basado en la Atención Primaria de Salud, centrado en las necesidades de las personas, familias y comunidades; garantizará la prestación de servicios integrales, de calidad y la continuidad de la atención; propiciará la articulación intersectorial y la participación ciudadana, en todos los niveles de atención de forma eficiente, eficaz y oportuna; y el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de garantizar el derecho a la salud. Los prestadores del Sistema Nacional de Salud participarán de manera articulada y complementaria en la implementación del modelo de atención.

Con la premisa dada anteriormente se plantea responder a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el impacto de la atención primaria de salud en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén?

Por tal motivo el presente trabajo de investigación estuvo dirigido a los estudiantes, personal médico y administrativos de salud, quienes se encuentran involucrados en la atención de pacientes dentro del primer nivel de atención, igualmente permitió tener un indicio y una visión amplia de las deficiencias percibidas por los pacientes adultos mayores.

La investigación se desarrolló de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su tercer objetivo Salud y Bienestar dentro de las prioridades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, área 19: Sistema Nacional de Salud, línea 3: Atención primaria de Salud (MPS, 2012), además, se enmarcó en la tercera línea de investigación de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, enfocada a Salud-Enfermedad del Adulto y Adulto Mayor de la Zona 7, o Región Sur del Ecuador (Loja, Zamora, El Oro) (Gamez, 2020).

De modo que se planteó como objetivo general determinar el impacto de la atención primaria de salud en la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022, y como objetivos específicos: Identificar el tipo de experiencia de los adultos mayores que acuden a la atención primaria de salud según grupo de edad y sexo del Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022; evaluar la calidad de vida de los adultos mayores según grupos de edad y sexo que acuden al Centro de Salud Belén durante el periodo junio - diciembre 2022, y establecer la relación de la atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022.

4. Marco Teórico

4.1. Atención primaria de salud

La atención primaria de salud da cobertura a la totalidad de la población y traslada, en la medida de lo posible, la atención de la salud a los lugares en los que los individuos residen y trabajan. En efecto, constituye el primer paso de un proceso permanente de atención médica. (Llerena y Mayorga, 2022)

4.1.1. Historia

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó la Conferencia Internacional de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) en Kazajistán. A la conferencia asistieron 137 países nacionales y 67 organizaciones internacionales, y su objetivo principal fue proponer medidas que definan la salud mediante una estrategia única: avanzar y transformar los objetivos de la medicina primaria. Según Duran et al (2021) la Conferencia de Alma-Ata definió a la APS como:

Asistencia sanitaria esencial enfocada en métodos y tecnologías en las prácticas, fundamentada científicamente y aceptada socialmente, siendo del alcance de las familias de la comunidad, por medio de la participación, teniendo un costo que la comunidad y el país son capaces de sobrellevar en todas y cada una de las etapas, teniendo espíritu de auto determinación y de auto responsabilidad. (p.3)

La Declaración de Alma-Ata estableció un lema y una meta muy ambiciosa de "Salud para Todos, para el año 2000" mediante un enfoque integral de la atención primaria de salud, que debe ser considerada como un pilar esencial del sistema de salud. Aunque se propuso durante el auge de la Guerra Fría, este concepto sigue siendo relevante:

- Cooperación y paz mundial.
- Un nuevo orden económico mundial.
- Reconocer los determinantes sociales de la salud.
- Necesaria implicación de otros sectores en la promoción de la salud.
- Participación de la comunidad en la planificación, implementación y regulación de la atención primaria de salud.

- La equidad en salud es un resultado indiscutible de este enfoque. (Ramírez, 2018)

En octubre de 2018, 40 años después de la primera declaración, líderes y partes interesadas de gobierno, sector privado y sociedad civil regresaron a Astana capital de Kazajistán para "La Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud", reafirmando

que la atención primaria de salud es la forma más eficaz y eficiente de lograr la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Declaración de Astana de 2018 se centra en 4 compromisos:

- Tomar decisiones políticas audaces en materia de salud en todos los ámbitos.
- Construir servicios de atención primaria de salud sostenibles, adaptados al contexto local de cada país.
- Fortalecer a las comunidades y a las personas.
- Coordinar el apoyo de las partes interesadas con las políticas nacionales.

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018)

En América Latina, comenzaron a surgir modelos basados en enfoques psicosociales alrededor de la década de 1980. Estos modelos promovían el compromiso cívico universal, el empoderamiento comunitario y la colaboración interdisciplinaria con las intervenciones médicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH), destaca la importancia de la atención primaria de salud para fomentar el renacimiento y la renovación en América Latina en medio de esta evolución y transformación. (Rojas y Gil, 2021)

Según Rojas y Gil (2021), realizaron un estudio bibliográfico en 5 países de América Latina (Argentina, Chile, Colombia, Cuba y México) donde existen patrones de cuidado similares y dominantes. Por lo tanto, el modelo generalmente se basa en la atención pública unificada, la contratación pública, la segmentación y la atomización privada. También utilizaron las estrategias y programas públicos de la APS en cada uno de estos países.

Argentina: El Proyecto Estratégico de Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (FEAPS), que forma parte del Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL).

Chile: El Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario (MAIS) responde a las necesidades de sus usuarios en términos de integralidad, oportunidad, calidad y soluciones, y constituye la base del sistema público de salud chileno.

Colombia: Modelo de Atención Integral a la Salud (MAITE), que propone intervenciones de promoción, atención, protección, detección temprana, tratamiento y recuperación a lo largo del curso de vida.

Cuba: Sistema Nacional de Salud accesible a todos. El grupo básico de trabajo del Programa de Médico y Enfermera de la Familia, dividido en tres niveles: regional

(nacional, provincial y municipal), a partir de una red de servicios integrada y regionalizada, desde la atención primaria hasta la terciaria, con enfoque de APS.

México: En 1979, la población rural comenzó a ampliar la cobertura de atención y la población rural contaba con una extensa red de centros de atención primaria. El Modelo Integral de Atención a la Salud (MAIS) propone salvaguardar la prestación de servicios de salud al 2025 a través de un modelo integral que combine la prevención y el tratamiento centrado en las personas, las familias y las comunidades.

En la 75.^a Asamblea Mundial de la Salud, centrada en “Salud para la paz, Salud para la paz” del 22 al 28 de mayo de 2022, la directora de la Organización Panamericana de la Salud recomendó a los delegados de los países que transmitieran los siguientes mensajes a los jefes de estado, “Mucho antes del estallido de la pandemia, el sistema de salud estaba en crisis y colapsado. La COVID-19 dejó en evidencia que no los hemos desarrollado de manera suficiente”. Además refirió que los jefes de estado “deben también tomar el mando de la transformación radical de nuestros servicios de salud basados en atención primaria”, e indicó que “la atención primaria de salud es el cimiento para lograr el acceso y la cobertura universal de salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el desarrollo humano”, pero “a menos que se invierta más en atención primaria, no lo conseguiremos”, esto durante el evento enfocado a la reorientación radical de los sistemas de salud hacia la atención primaria como base de una cobertura universal. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022)

4.1.2. Atención primaria de Salud en Ecuador

La declaratoria del Alma Ata aportó con una definición para Atención Primaria en Salud (APS):

Una atención de salud fundamental basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, accesible universalmente a todas las personas y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan permitirse mantener en cada etapa de su desarrollo y su crecimiento hacia una mentalidad de autosuficiencia y autodeterminación. Es parte integral tanto del sistema de salud del país, donde es la función principal y el foco principal, como del desarrollo social y económico general de la comunidad. (OMS, 1978, p. 16-17)

El Art. 360 de la Constitución ecuatoriana vigente menciona que “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria

de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”. (Simancas y Montesinos, 2019)

En mayo de 2004, se aprobó en nuestro país el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que se basa en la Atención Primaria de Salud. En diciembre de 2011, se publicó en el Registro Oficial la primera edición del Manual del MAIS, que se presenta como una herramienta clave para su implementación. En consecuencia, en el año 2012 se imprimió y distribuyó el Manual al Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, se lanzaron dos nuevos volúmenes en 2016 y 2018. (MSP, 2018)

La aplicación del MAIS ha servido como base para reforzar la autoridad del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el Sistema Nacional de Salud, lo cual ha sido reconocido explícitamente por la Organización Panamericana de la Salud. (MSP, 2018)

Actualmente, la atención primaria debe ser resolutive, el médico de familia es responsable del itinerario asistencial del paciente y el camino de empoderamiento en salud con acompañamiento profesional se vuelve imprescindible para una toma de decisiones informada y respetando la soberanía de las personas. La formación de pregrado y la educación continua debe hacerse mediante aprendizaje, basado en problemas reales para una resolución que sea también resolutive. (Álvarez et, al, 2020)

El Fortalecimiento del Modelo Integral de Salud a través del Enfoque Familia, Sociedad y Culturas (MAIS-FC) integrará la Estrategia de Innovación en Atención Primaria Renovada (APS-R), que es uno de los ejes prioritarios de la transformación, organización e implementación del sector salud. Debe responder a las nuevas necesidades y demandas en salud del país derivadas de la educación sobre los cambios demográficos y epidemiológicos, y la necesidad de llenar las brechas en el acceso a los servicios universales de salud; fortalecer la alineación de la red de salud pública y complementaria, así como fortalecer la capacidad para atender el primer, segundo y tercer nivel de atención. [...]. (MSP, 2018)

4.1.3. Funciones de atención primaria de salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) sugiere que los sistemas de salud deben tener en cuenta once funciones esenciales de salud pública para la Región de las Américas. Estas funciones se basan en evaluar el estado de salud de la población y los factores que contribuyen a la mala salud, desarrollar políticas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes, asignar los recursos necesarios y garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública. Las once funciones son las siguientes:

- Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.
- La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.
- Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.
- Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población.
- Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.
- Desarrollo de recursos humanos para la salud
- Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.
- Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.
- Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.
- Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables.
- Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

En nuestro país, el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS, 2018) define las siguientes funciones de atención en salud en el primer nivel de atención. “Ser la puerta de entrada al sistema de salud; responsabilidad del cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad; síntesis de la información”.

4.1.4. Principios en atención primaria de salud

Según Maíz (2019) la atención primaria de salud (APS) se caracteriza por una serie de atributos o principios que la definen y que, a su vez, son el origen de su importancia, actualmente se describen cuatro:

- La accesibilidad supone que la APS trata de ofrecer servicios sin barreras (geográficas, administrativas, monetarias, culturales y otras), por el profesional apropiado, garantizando el acceso a la asistencia sanitaria con cercanía y prontitud. No debe confundirse, sin embargo, con la inmediatez, es un aspecto clave en la atención primaria, pero no está relacionada con que la asistencia haya de ser en el menor tiempo

posible desde que se genera la demanda de la misma, sino que se relaciona con una asistencia adecuada en tiempo, forma y coste.

- La longitudinalidad, la característica más distintiva de APS es la continuidad en el tiempo de la relación entre el médico y el paciente, en su entorno y a lo largo de sus diversos recorridos de salud. Al mejorar el manejo del tiempo y la incertidumbre, tiene un impacto directo en la consulta. Además, numerosos estudios han demostrado que esta característica de la APS está relacionada con un aumento en la precisión de los diagnósticos o el grado de satisfacción de los pacientes, así como con una disminución en los ingresos hospitalarios e incluso la mortalidad.

- La integralidad o polivalencia, que a su vez constituye el principal reto a que debe responder una APS de calidad. La enfermedad, los cuidados o las prácticas educativas y preventivas, siempre se concretan en personas que requieren ser asistidas como un todo biopsicosocial. En este sentido la APS tiene que dar respuesta a todas las demandas del paciente ya sea de forma directa en ese mismo momento, diferida en el tiempo o derivada (apoyándose en otros profesionales o servicios).

- La coordinación, este nivel asistencial debe ser la referencia para el paciente, coordinando los contactos o las decisiones del resto de profesionales con quienes precise tomar contacto (otras especialidades y niveles asistenciales, farmacia, trabajo social, etc.). El objetivo debe ser la integración de las diversas partes del sistema, evitando las contradicciones que puedan producirse.

4.2. Relación médico paciente

Durante los últimos años, la relación entre el médico y el paciente ha cambiado, y la práctica médica, especialmente entre los médicos de antaño, ha experimentado un cambio significativo debido al uso de la tecnología. A lo largo de la historia, se han establecido una variedad de tipos o modelos de atención para entender mejor esta relación, desde los modelos autoritarios clásicos como el paternalismo hasta los modelos contemporáneos de camaradería. (Elio, 2021)

Entre otros modelos que se centran en el paciente se encuentran, el modelo de convenio y amistad, los dos buscan fortalecer la relación médico paciente desde el acuerdo mutuo y libertad para expresarse en busca del bien común. (Elio, 2021)

Rosales (2021) menciona que la buena comunicación entre médico y paciente también puede restaurar valores que a veces se pierden [...]. La relación implica actos de interpretación, una hermenéutica que abarca no solo lo biológico, sino también lo biográfico y lo axiológico. Dependiendo de quién escucha, una misma historia de

enfermedad puede generar diferentes historias clínicas, interpretaciones posiblemente contradictorias, diagnósticos dispares y una jerarquía diversa de hechos y valores.

4.3. Adultos mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) según lo presentado en el año 2000 establece las siguientes categorías:

- Edad avanzada: 60 - 74 años
- Viejos o ancianos: 75 a 89 años
- Grandes viejos – longevos: 90 – 99 años
- Centenarios: más de 100 años

En Ecuador se denomina adulto mayor a las personas que tienen más de 65 años de edad, que por naturaleza han alcanzado rasgos que se adquieren desde un punto de vista biológico, social y psicológico, que van desde experiencias, circunstancias, entorno social y familiar. (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos [INEC], 2010).

Sin embargo, el Artículo 36 de la Constitución de la República del Ecuador considera a los ciudadanos que hayan alcanzado los sesenta y cinco años como adultos mayores. [...]. Por lo tanto, el Ministerio de Salud Pública clasifica a los adultos mayores por grupos de edad en rangos de 5 años, la misma que es utilizada por las instituciones públicas y privadas del país, detallándose a continuación:

- 65 a 69 años
- 70 a 74 años
- 75 a 79 años
- 80 o más años

4.3.1. El Adulto Mayor en Ecuador

En nuestro país se han desarrollado varias normativas que amparan el derecho de los adultos mayores a la atención de salud con el fin de garantizar la una calidad de vida digna en cada una de sus etapas de envejecimiento. En el capítulo II, sección XI, EL artículo 45 Servicios de salud de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores se menciona que:

Los establecimientos de salud públicos y privados, en función de su nivel de complejidad contarán con servicios especializados para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de los adultos mayores. Su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en las leyes vigentes y sus Reglamentos y las normas que para el efecto expida la Autoridad Sanitaria Nacional. (p.20)

La Constitución señala que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades, con este preámbulo se menciona que las personas adultas mayores tienen los siguientes derechos:

La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas; el trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones; la jubilación universal; rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos; exenciones en el régimen tributario; exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley; el acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento; derecho a recibir alimentos de sus parientes. (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2020, p33)

Cevallos (2021) menciona en el Informe del Estado Situacional del Servicio de Atención y Cuidado para Personas Adultas Mayores, que se publicó hasta octubre de 2021 por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y otras entidades colaboradoras, reveló un aumento de 827 usuarios en la cobertura del servicio para personas adultas mayores. Actualmente, 120.809 personas adultas mayores reciben atención, lo que representa un aumento del 0,7 % con respecto a la. Mientras tanto, la cobertura ha aumentado en 1.858 usuarios a nivel nacional, lo que representa un aumento del 1,6 % en comparación con septiembre de 2021.

4.3.2. Localización demográfica

En nuestro país, Guayas, Pichincha y Manabí son las provincias con la población más grande de personas mayores. En cuanto a la atención a los usuarios, Zamora Chinchipe tiene un 22.8%, Sucumbíos un 22.2% y Orellana ocupa el tercer lugar con un 20.5%. Galápagos tiene 208 adultos mayores, mientras que Pastaza tiene 568 y Napo 851. (MIES, 2020)

Según datos del MIES en su reporte del 2020, menciona que Guayas tiene 302.263 adultos mayores, mientras que Pichincha tiene 240.786 personas mayores a 65 años y Manabí tiene 115.955 adultos mayores, según la figura 1. Sin embargo, el gráfico también permite examinar que las provincias con mayor número de adultos mayores también tienen menos atención. Alrededor de 110,371 adultos mayores residen en la región.

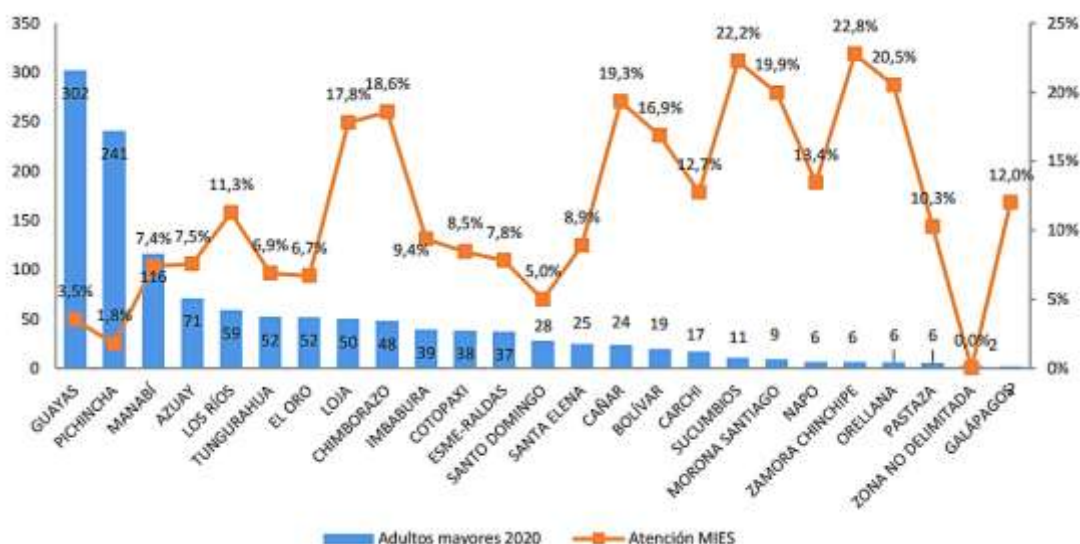


Figura 1. Incidencia de la población adulta mayor por provincia. Fuente: INEC, Proyecciones poblacionales, 2019 / Cobertura MIES – SIIMIES mayo 2020.

4.3.3. Perfil epidemiológico

Según los datos registrados por el INEC en el 2020 las 10 primeras causas de muerte en personas adultas mayores fueron las siguientes:

Cuadro 1. Egresos hospitalarios, días y promedio de estada en personas de 65 o más años según causa de morbilidad Lista Internacional Detallada CIE - 10 año 2020.

Causas de morbilidad	Promedio de días de estada	65 o más años
COVID-19 virus identificado y no identificado	8.7	19.856
Colelitiasis	3.0	4.899
Neumonía, organismo no especificado	6.3	4.374
Fractura del fémur	9.5	3.610
Hiperplasia de la próstata	3.5	3.338
Otros trastornos del sistema urinario	4.5	3.233
Otras enfermedades del sistema digestivo	4.9	3.034
Diabetes mellitus no insulino dependiente	7.2	2.913
Hernia inguinal	1.8	2.643
Insuficiencia renal crónica	7.2	2.498

Según el Boletín Técnico de Registro Estadístico de Defunciones Generales de junio 2021, durante el año 2020, las personas de 80 años o más presentaron el mayor número de defunciones, con 19.288 y 18.470, respectivamente.

En el siguiente cuadro se muestran el número de muertes por grupo de edad de las personas adultas mayores:

Cuadro 2. Defunciones generales por sexo y rango de edad, año 2020.

Grupos de edad de adultos mayores							
65 a 69 años		70 a 74 años		75 a 79 años		80 y más años	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
7.012	4.387	7.324	4.774	7.389	5.092	19.288	18.470

Según los datos registrados por el INEC informan que al año 2020, las enfermedades isquémicas del corazón es la principal causa de muerte en adultos mayores con 12.239 defunciones. (Carrera, 2021)

4.4. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como:

“La manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales los factores ambientales y sus creencias personales”. (OMS, 1996, como se citó en Cardona, 2014, p. 3)

Por su parte Ribero et al (2021) menciona que la calidad de vida “es establecida a través de conceptos interdisciplinarios de conocimiento que alcanza factores psíquicos y sociales, considerando percepciones acerca de la vida y sus valores individuales, objetivos y preocupaciones” (p. 2), resalta que tal definición se torna extensa por abarcar la autoevaluación de varios aspectos de la vida, como autocuidado, nivel socioeconómico y bienestar espiritual, físico y psicomental.

El término calidad de vida se originó en 1932 (la década de 1930 en Europa) cuando el economista británico Arthur Pego, pionero de la economía del bienestar, se hizo famoso por su obra “Weltier Economics”, publicada en 1920. Trata de la cuantificación de los costos o servicios gubernamentales para calcular el producto social marginal neto. Al final de la Segunda Guerra Mundial muchas naciones estaban comenzando a preocuparse por evaluar el bienestar social, por lo tanto, en 1954, los expertos de la ONU definieron el "nivel de vida" como la suma de las necesidades totales de la población para lograr su satisfacción, y estas necesidades se basan en factores psicológicos y biológicos, así como en las características ambientales. (Ramírez et al., 2020)

Bermúdez (2021) afirma que la reducción del pensamiento catastrófico (logro, disminución de la previsibilidad, asociación con la eficiencia); la regulación de las emociones, la reducción de la depresión y la ansiedad y una menor interferencia en la vida están relacionadas con cambios y mejoras en la calidad de vida.

4.4.1. Salud y enfermedad

Con respecto a la salud pública, el concepto de salud-enfermedad se aplica para representar las políticas de salud del Estado. La salud pública está en el extremo de la salud y la asistencia médica en el extremo de la enfermedad. Para distinguir cada una de las áreas de intervención, se contrasta la salud pública con la asistencia sanitaria. Se comparan los siguientes factores: punto de abordaje, objeto de mediación, demanda, temporalidad, invisibilidad y consistencia. (Llerena y Mayorga, 2022)

4.4.2. Indicadores de calidad de vida

La calidad de vida se compone de factores sociales, objetivos y subjetivos, según las percepciones de cada persona. La dimensión social incluye las políticas públicas, los programas sociales, los servicios institucionales, las pensiones no contributivas y cualquier otro servicio que el gobierno proporciona a través de las instituciones para satisfacer las necesidades de toda la población. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2021)

Los factores objetivo son los relacionados con las condiciones materiales de los adultos mayores, que incluyen ingresos, vivienda, alimentación, ropa, seguridad social y educación. Los derechos humanos incluyen estas partes para satisfacer las necesidades básicas de las personas. Los aspectos subjetivos, por otro lado, están relacionados con factores psicológicos humanos como: autoestima, autoconcepto, proximidad, expresión emocional y salud percibida. (INAPAM, 2021)

Según Martínez (2022) la dimensión objetiva representa un enfoque cuantitativo, que se basa en la satisfacción de necesidades materiales e inmateriales, a través de la provisión de bienes y servicios. Estos factores son subjetivos porque se construyen a partir del aprecio y valoración que una persona tiene de sí misma, del sentido de su vida y de su lugar en el mundo, mientras que la dimensión subjetiva mantiene un enfoque cualitativo y se basa en diferentes visiones personales sobre la satisfacción con las condiciones de vida. (p. 37)



Figura 2. Modelo conceptual sobre calidad de vida de la OMS. Fuente The WHOQOL Group, (1995) como se citó en (Martínez, 2022, p. 37)

4.4.2.1. Dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable que está relacionada con un daño tisular real o potencial. Es importante señalar que el dolor es, en esencia, un mecanismo protector que detecta y establece procesos de daño estructural, pero también es un fenómeno subjetivo que puede o no estar relacionado con una lesión o enfermedad orgánica. Además, si existe esta relación, la gravedad del cambio resultante no está necesariamente relacionada con la intensidad del dolor. (Pérez, 2020)

4.4.2.2. Energía para la vida diaria. La energía es un recurso muy importante para el desarrollo de la sociedad, su uso es para mejorar y potenciar las condiciones de vida de los humanos, y todos los cambios y transformaciones se crean en la naturaleza, todo depende de la energía. Todas las acciones que realizamos, como movernos, caminar, etc., requieren la conversión de energía. Es evidente que el desarrollo técnico, profesional y cultural del hombre en nuestra sociedad es mucho más rápido que los cambios que se operan para la eliminación del trabajo simple o poco complejo, el enriquecimiento del contenido de trabajo y la eliminación de factores extra calificadores, que provocan un mayor gasto de energía física y mental a las consideradas normales en cada etapa del desarrollo social. (Cadeño et al. 2006)

4.4.2.3. Sueño y descanso. Según varios estudios de calidad de vida, un sueño adecuado podría ser un factor común y mediador en el tratamiento de pacientes con enfermedades cardíacas, neuropsiquiátricas, renales, hepáticas y autoinmunes crónicas. Los expertos recomiendan un sueño nocturno de 7 a 8 horas para las personas mayores de 65 años, un grupo que está creciendo a nivel mundial. (Fabre y Moya, 2021)

Fafres y Moya (2021) también refiere que si las personas duermen las horas que necesitan, mantienen un mejor funcionamiento cognitivo, presentan un menor riesgo de

morbilidad, todo esto aporta a una calidad de vida más sólida, en contraste con aquellos que duermen menos horas de las recomendadas.

Para comprender mejor, es importante tener en cuenta el concepto de calidad del sueño, que incluye, además del tiempo que debe durar el sueño, la arquitectura (porcentaje de fases y ciclos del sueño), la latencia para conciliar el sueño, los micro despertares y los periodos de vigilia. En conjunto, estas características están relacionadas entre sí y ayudan a determinar la percepción de un buen sueño y un buen descanso. (Fabres y Moya, 2021)

4.4.2.4. Deterioro cognitivo. Campoverde y Maldonado mencionan que los problemas físicos causarán enfermedades importantes como problemas cardiovasculares, sarcopenia, osteoporosis, artrosis, artritis e hipertensión, las cuales no necesariamente están relacionadas con el deterioro cognitivo, lo que hace que sea más difícil realizar actividades de la vida diaria. La edad es un factor determinante de la pérdida de capacidades físicas, por lo que existe una correlación entre la edad y la funcionalidad de una persona. A los 84 años, la probabilidad de que una persona necesite ayuda se duplica y la necesidad se triplica a los 85 y 94.

Esto dificulta el cumplimiento de las tareas básicas y causa problemas que afectan la participación significativa en su entorno social. En Ecuador, las personas de la tercera edad forman parte de las poblaciones en peligro o vulnerables, por lo que merecen una atención preferente. (Campoverde y Maldonado, 2020)

4.4.2.5. Actividades de la vida diaria. Las actividades de la vida diaria (AVDI) son actividades que implican una interacción con el contexto y, por lo tanto, su ejecución depende de las características del entorno en el que se realizan. Un ejemplo de esto sería realizar compras o participar en las manifestaciones en la comunidad. Como existe un orden jerárquico en cómo se adquieren durante el ciclo vital, también existe un orden jerárquico en cómo se ven afectadas en la vejez, perdiéndose primero las instrumentales y luego las básicas. (Echeverría et al. 2021)

La comunidad científica ha identificado a las AVDI como el principal indicador y predictor de la salud de las personas mayores en relación con la morbilidad, la mortalidad, el riesgo de institucionalización y la necesidad de cuidados, los cuales aumentan en cantidad y calidad con el envejecimiento natural. Por lo tanto, están relacionados con el aumento de los costos de salud y la calidad de vida, lo que explica por qué se ha enfatizado su importancia. (Echeverría et al. 2021)

4.4.3. Componentes de Calidad de vida Relacionado con la vejez

Meza et al. (2021) menciona que la calidad de vida es el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales, colectivas y por ende mantener un buen estado de salud. Existen varios factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores.

Para evaluar la calidad de vida de las personas mayores, es necesario contar con instrumentos satisfactorios, fáciles de usar, útiles en diversos contextos como la salud, la sociedad y la investigación, adaptados a la cultura de estudio, elegidos por profesionales de la atención, prevención, tratamiento y rehabilitación de patologías físicas y mentales, estudiantes, investigadores y especialmente cuando el profesional de la salud mental requiere. Es crucial investigar la calidad de vida de las personas mayores debido a que proporciona estadísticas actualizadas sobre las condiciones de vida en varios contextos de Latinoamérica, lo que permite mejorar el estilo y la eficacia de los servicios públicos y privados, así como estrategias de intervención física, psicológica, social, familiar, cultural e institucional para la población de estudio. La noción de que el envejecimiento de la población tiene un impacto en los servicios públicos y privados [...]. (Vélez, 2021)

Así mismo, Vélez, (2021) refiere que algunos de los instrumentos que permiten evaluar los componentes de la calidad de vida del adulto mayor manejan varios aspectos, entre los cuales se encuentran:

- Cuestionario de detección de salud en la vejez: datos sociodemográficos; nivel socioeconómico y, estado de salud y seguro médico.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD): actividades autonomía, intimidad, participación social, intimidad y muerte.
- Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas (AeRAC-Breve): actividades de independencia, actividades recreativas mentales, actividades sociales, actividades de protección a la salud y actividades recreativas físicas.

5. Metodología

5.1. Área de estudio

El centro de Salud Belén forma parte de los centros de atención de primer nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, dentro de la red de salud se encuentra dentro del Distrito 11D01 de la Coordinación zonal N°7 Loja, Zamora Chinchipe y El Oro. Geográficamente se encuentra en el Barrio Belén de la Parroquia el Sucre, tras la Gasolinera Abendaño en la calle Habana. Dentro de su jurisdicción están los Barrios y sectores de Belén, Borja, Clodoveo, el Bosque, San Vicente, San José, Las Pitás (parte alta) y Bolacachi Alto.

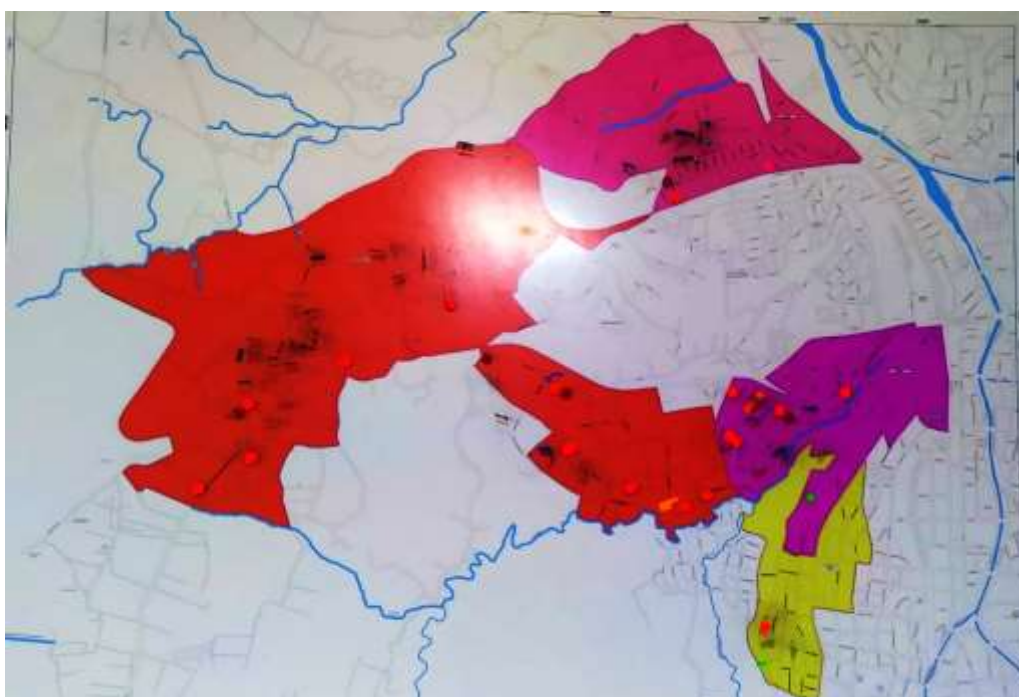


Figura 3. Mapa del área que cubre el Centro de Salud Belén. Fuente: cartelera informativa del Centro de Salud Belén.

5.2. Enfoque de estudio

La presente investigación se realizó mediante un enfoque de tipo cuantitativo.

5.3. Técnicas

Para la recolección de la información se procedió a aplicar el consentimiento informado, posteriormente se aplicó 2 cuestionarios: Primary Care Assessment Tools, Customer-client Survey (PCAT usuarios AE y Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQOL OLD).

5.4. Tipo de diseño utilizado

El tipo de estudio que se utilizó para este trabajo de investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal observacional.

5.5. Unidad de estudio

El estudio se realizó con los adultos mayores que asistieron al Centro de Salud Belén durante el periodo junio – diciembre 2022.

5.6. Universo y muestra

El universo estuvo conformado por 91 pacientes adultos mayores que asistieron al Centro de Salud Belén durante el periodo junio – diciembre 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión, al trabajar con todo el universo no fue necesario calcular una muestra.

5.7. Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores de ambos sexos cuya edad haya sido verificada mediante su cédula de identidad.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que hayan firmado el consentimiento informado.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que asistan al Centro de Salud Belén en el periodo de junio – diciembre 2022.

5.8. Criterios de exclusión

- Personas adultas mayores de ambos sexos que no tuvieron las capacidades mentales adecuadas para ser sometidos a la aplicación de los cuestionarios.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que no completaron correctamente los cuestionarios.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que se encontraron afiliadas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o tengan algún otro tipo de atención de salud privada.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que se atendieron por primera vez en el Centro de Salud Belén.

5.9. Instrumentos y procedimiento

5.9.1. Consentimiento informado de la OMS.

El trabajo de investigación se llevó a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado según lo establecido por el Comité de Evaluación de Ética de la Investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismo que contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios,

confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente (Anexo 5).

5.9.2. Cuestionario Primary Care Assessment Tools, Customer-client Survey (PCAT usuarios AE).

El cuestionario de Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) (Anexo 6) fue diseñado por Starfield y Shi en los Estados Unidos con el fin de valorar las características de la atención primaria de salud en los servicios del primer nivel de atención. Constituye una familia de instrumentos aplicados en formato encuesta, que se aplican a profesionales de los servicios de salud, gestores o usuarios. (Berra y Rivero, 2021)

El PCAT ha sido considerado uno de los instrumentos más completos para evaluar la atención médica, ya que fue desarrollado sobre la base del modelo mencionado anteriormente y permite obtener las valoraciones o puntos de vista de diversos actores del sistema sanitario. (Berra y Rivero, 2021)

Está compuesto por cuatro cuestionarios que permiten obtener los puntos de vista de gestores de políticas sanitarias o expertos a nivel de sistemas de salud; gestores de recursos de APS como directores de centros o profesionales en representación de un equipo de salud; y usuarios que pueden proporcionar información útil en función de sus experiencias con su fuente de servicios. (Berra y Rivero, 2021)

- El PCAT-usuarios (PCAT-consumers) ofrece información sobre la experiencia de la población en cada una de las funciones esperables de los servicios. Las versiones PCAT-AE para adultos (Anexo 6) y PCAT-CE para informantes de niños, niñas y adolescentes están disponibles.
- El PCAT-centros (PCAT-facility o PCAT-FE) es útil para proporcionar información sobre las unidades de atención médica de primer nivel, que se refiere al cumplimiento de las funciones de APS con respecto a toda la población que debe atender.
- El PCAT-proveedores (PCAT - providers o PCAT - PE) permite que los profesionales que brindan atención médica directa en los servicios de APS expresen sus puntos de vista. El PCAT-sistemas (PCAT-system) proporciona una visión rápida y general de un sistema de salud o de los subsistemas que lo componen, y también proporciona información sobre los marcos políticos, los recursos y el financiamiento del sistema.

Los cuestionarios PCAT incluyen preguntas sobre características específicas de las funciones de APS y también buscan información sobre las características de la población

y los servicios de atención médica, necesarios para evaluar el grado de cumplimiento de las funciones. (Centro de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud [CIES], s.f)

Cuadro 3. Estructura del PCAT según atributos de atención. Categorización según Barbara Starfield y correspondencia con secciones del formulario PCAT.

Categoría	Dominios PCAT	Atributos de la atención
Atributos Fundamentales	Acceso a primer contacto	Uso
		Accesibilidad
	Longitudinalidad	Longitudinalidad
	Coordinación	Integración de cuidados
		Sistemas de información
	Integralidad	Servicios disponibles
Servicios prestados		
Atributos complementarios	Orientación Familiar	Orientación Familiar
	Orientación Comunitaria	Orientación Comunitaria
	Idoneidad cultural	Idoneidad cultural

5.9.2.1. Directrices y explicaciones para el uso de PCAToo. En la aplicación del cuestionario siempre que aparezca “servicio de salud/médico/ enfermera” puede sustituir el nombre del servicio de salud referente o el nombre del médico referente o el nombre de la enfermera referente.

Del mismo modo, solo para “servicio de salud” en el que puede ser reemplazado por el nombre del servicio de salud de referencia y solo para “médico/enfermero” en el que puede ser reemplazado por el nombre del médico(a) de referencia o nombre de la enfermera de referencia.

- **Acceso de primer contacto - uso**

Para la aplicación de este instrumento será necesario, a partir de ahora, utilizar la tarjeta de respuesta.

Por favor entregue la tarjeta al paciente adulto y lea todas las alternativas identificándolas en la tarjeta de respuesta para que el entrevistado se familiarice con la escala. Explique al paciente adulto que, para contestar las siguientes preguntas siempre debe indicar solo una de las alternativas en la tarjeta de respuesta. Si el entrevistado responde lo contrario, repita las posibles alternativas y pida que marque una de ellas.

Las palabras o conceptos escritos entre paréntesis solo deben leerse si el entrevistado no entendió la pregunta en su primera lectura. Al repetir una pregunta para facilitar la comprensión del paciente adulto, lea también el texto entre paréntesis. Si es necesario, señale que el encuestado debe elegir solo una respuesta en la tarjeta de acuerdo con su propia comprensión de la pregunta.

B2. Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿acude al "establecimiento de salud/médico/enfermera" antes de ir a otro establecimiento de salud?

Objetivo: Saber si el servicio o profesional (médico/enfermera) de referencia es el primero en ir si los pacientes adultos tienen un problema o condición de salud que aún no había aparecido o un nuevo episodio de un problema crónico/continuo.

- **Acceso de primer contacto – Accesibilidad**

C5. Cuando su CAPS está cerrado, ¿puede recibir un número al que sus usuarios puedan llamar si se enferman?

Objetivo: Conocer la capacidad del servicio de salud de referencia para brindar orientación para la salud de los pacientes adultos de manera ágil y no presencial (telefónica o virtual), cuando el servicio se encuentra abierto y los adultos presentan una enfermedad aguda, exacerbación de un problema enfermedad crónica o dudas sobre el estado de salud/tratamientos.

C10. ¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno en su CAPS?

Objetivo: Conocer la capacidad del servicio de salud de referencia para brindar atención médica a pacientes adultos, cuando se considera que dicha atención es necesaria

- **Continuidad**

D1. Cuando vas al “servicio de salud”, ¿es el mismo médico o enfermera el que te atiende cada vez?

Objetivo: Conocer si la continuidad asistencial de los pacientes adultos la realiza el mismo profesional (médico/enfermera) en el servicio de salud de referencia. Si es siempre el mismo profesional sanitario (médico/enfermera) el que atiende a cada paciente adulto.

D6. ¿Se siente cómodo compartiendo sus inquietudes o problemas con el “médico/enfermera”?

Objetivo: Conocer si los pacientes adultos se sienten cómodos expresándose en sus consultas con el médico o enfermera referente.

D9. ¿Sabe el “médico/enfermera” cuáles son los problemas más importantes para usted y su familia?

Objetivo: Conocer si el médico o enfermero referente busca ser informado sobre potenciales problemas considerados más relevantes en el contexto familiar de pacientes adultos.

D14. Si fuera demasiado fácil, ¿cambiaría del “servicio de salud” a otro servicio de salud?

Objetivo: Conocer si los pacientes adultos tienen la intención de cambiar/cambiar del servicio de salud de referencia para la atención de salud de los pacientes adultos a otro servicio.

- **Coordinación - integración de cuidados**

Para la siguiente pregunta (ítem E1) lea todas las alternativas de respuesta.

E1. ¿Fuiste a algún tipo de especialista o servicio especializado durante el periodo de seguimiento en/con el "servicio de salud/médico/enfermera"?

Objetivo: La pregunta se refiere a la consulta médica del paciente adulto con un especialista (focal) o en un servicio especializado diferente al médico o enfermera referente que está en seguimiento en el servicio de salud.

Nota: Si el paciente adulto no ha consultado con especialista o en el servicio especializado, o el entrevistado 'no recuerda' si ha tenido consulta con especialista o en el servicio especializado, pase al ítem FI (coordinación sistemas de información), dejando todos los demás ítems de este componente (E2 a E6) en blanco (sin ninguna respuesta).

E2. ¿El “médico/enfermera” le sugirió (indicar, derivar) consultar con este especialista o en el servicio especializado?

Objetivo: Conocer si la atención médica del paciente adulto con el especialista fue iniciativa del médico o enfermero referente.

E7. ¿El "médico/enfermera" conoce los resultados de la consulta con el especialista o en el servicio especializado?

Objetivo: Conocer si el médico o enfermero referente busca ser informado sobre los resultados de la atención del paciente adulto con el especialista o en el servicio especializado.

Nota: Si al momento de esta recolección de datos, el paciente adulto aún no ha regresado al médico o enfermera de referencia con el que está en seguimiento en el servicio de salud, pero ya ha estado en atención con el especialista o en el servicio especializado, marque la opción "no sabe/no recuerda".

E9. ¿El "médico/enfermera" se mostró interesado en la calidad de la atención que recibió en la consulta con el especialista o en el servicio especializado (le preguntó si estaba bien o mal tratado)?

Objetivo: Conocer si el médico o enfermero referente mostró interés en la calidad asistencial en el cuidado del paciente adulto con el médico especialista o en el servicio especializado. Si la consulta con el médico especialista o en el servicio especializado fue bueno o malo.

Nota: Si al momento de esta recolección de datos, el paciente adulto aún no ha regresado al médico o enfermera de referencia con el que está en seguimiento en el servicio de salud, pero ya ha estado en atención con el especialista o en el servicio especializado, marque la opción "no sabe/no recuerda".

- **Coordinación - Sistemas de Información**

F3. Si quisiera, ¿podría leer (consultar) su expediente en/con el "servicio de salud/médico/enfermera"?

Objetivo: Conocer la posibilidad que tienen los pacientes adultos de acceder a su propia historia clínica (historia clínica médica) en el servicio de salud de referencia.

- **Integralidad - Servicios Disponibles**

Resaltar que las siguientes preguntas están relacionadas con la experiencia del paciente adulto en el "servicio de salud". Los procedimientos, acciones, guías deben considerarse disponibles siempre que el paciente adulto sepa que se le ofrecen, aunque aún no haya necesitado estos procedimientos. Por ejemplo, la detección del cáncer de cuello uterino es un servicio que no se requiere para los hombres adultos, pero estos adultos pueden conocer la disponibilidad de dicho servicio por la experiencia de su cónyuge/pareja en el "servicio de salud" o incluso por la experiencia de un miembro de la familia, amigo, colega, otro. Estos procedimientos, acciones, lineamientos necesariamente se refieren a lo que se realiza (ejecuta) exclusivamente en el "servicio de salud". Por ejemplo, las evaluaciones visuales realizadas a través de la remisión a un oftalmólogo que trabaja en otro lugar no son servicios disponibles en el "servicio de salud".

Declaración: La siguiente es una lista de servicios y consejos que usted, su familia o las personas que usan este serwc10 pueden necesitar en algún momento. Indique si en el "servicio de salud" están disponibles (se pueden encontrar/ obtener) estas opciones:

Nota: Repita esta afirmación cada dos o tres elementos.

El objetivo de los ítems es saber si alguno de los ítems listados es/son ofrecidos en el servicio de salud de referencia, aunque nunca haya sido utilizado por el paciente adulto o sus familiares.

- **Integralidad Servicios Prestados**

Las siguientes preguntas tienen como objetivo identificar si tales temas/asuntos fueron discutidos con el paciente adulto en alguna consulta en/con el "salud/médico/servicio médico/ enfermera". El objetivo de esta serie de ítems es saber si el paciente adulto ya ha sido abordado sobre estos temas en consulta

Declaración: A continuación, se muestra una lista de los servicios que puede haber recibido durante una consulta en/con el "servicio de salud/médico/enfermera"_ Responda si los siguientes temas ya se han discutido o se han discutido (hablado) con usted.

Nota: Repita esta afirmación cada dos o tres elementos.

- **Orientación Familiar**

II. ¿El "médico/enfermera" le pregunta sus ideas y opiniones (lo que usted piensa) al planificar el tratamiento y la atención para usted o alguien de su familia?

Objetivo: Conocer si en el servicio de salud de referencia, los pacientes adultos participan en las decisiones sobre su tratamiento y cuidado de la salud y/o de sus familiares, caracterizando la integración de los pacientes adultos en el cuidado de su salud y lo de sus familiares.

13. ¿Se reuniría el "médico/enfermera" con los miembros de su familia si lo considerara necesario?

Objetivo: Averiguar si el médico o enfermero referente está dispuesto a conversar/discutir con algún familiar de pacientes adultos sobre cualquier tema que sea importante para la salud de los pacientes adultos.

5.9.2.2. Uso del PCAToLL. Los ítems del instrumento de evaluación de la atención primaria de salud se responden mediante la siguiente escala de Likert:

- Definitivamente sí 4
- Probablemente sí 3
- Probablemente no 2
- Ciertamente no 1
- No lo sé / no recuerda 9 (2)

Los valores del 1 al 4 de cada respuesta se utilizan para calcular el Puntaje General de la APS, que se obtiene promediando las respuestas de todos los ítems de la versión

reducida del instrumento de evaluación de la atención primaria de salud. Este puntaje muestra valores que van del 1 al 4, constituyendo los valores más altos característicos de servicios más orientados a la APS.

La Puntuación General también se puede transformar a valores que van de 0 a 10, con el fin de facilitar la lectura de los resultados.

Otro enfoque también utilizado es la clasificación en:

- Alto (puntaje \geq 6,6)
- Bajo (puntaje $<$ 6,6)

En donde el puntaje Alto caracterizado por la presencia y extensión de los atributos de la APS, revelando servicios mejor orientados a la APS. El punto de corte de la puntuación de 6,6 refleja respuestas a los ítems del instrumento con al menos la categoría de respuesta 'probablemente sí', asignada al código 3 en la escala original, por lo tanto, las características de los servicios de salud reconocidos como orientados a la APS.

5.9.2.3. Cálculo de la puntuación general APS. El puntaje de cada componente de la APS se obtiene sumando los valores de las respuestas de los ítems que componen el componente o atributo dividido por el número total de ítems del componente o atributo. Para el cálculo adecuado, siga los siguientes pasos descritos.

El cálculo del puntaje de los componentes o atributos de la APS para cada entrevistado depende de la cantidad de ítems del componente o atributo que este entrevistado indicó con valores considerados ausentes. Para que se calcule la puntuación del entrevistado, el porcentaje de ítems con valores faltantes debe ser inferior al 50% del total de ítems del componente o atributo. Los elementos con la opción de respuesta del código '9' y la descripción 'No sé/No recuerdo' y también cualquier aparición de elementos con valores en blanco (sin respuesta o faltantes) se consideran valores faltantes.

El Puntaje General de la APS se obtiene sumando los valores de las respuestas de todos los ítems que forman un instrumento de evaluación de la atención primaria de salud en su versión reducida, dividido por el número total de ítems del instrumento. Para el cálculo adecuado, siga los siguientes pasos descritos.

- **1er PASO:** Inversión de valores en la escala del ítem de conocimiento de la persona entrevistada. En vista de esto, tenemos que:

Los ítems C9, C10, C11, C12 y D14 están formulados para que los valores más altos de la escala de respuesta sugieran carencia/ausencia de las características que miden los ítems en los servicios. Sin embargo, para calcular las puntuaciones, los valores altos de

la escala deben reflejar la presencia de las características en los servicios. Por lo tanto, es necesario invertir la escala como se ilustra.

$$(4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4)$$

- **2do PASO:** El cálculo del puntaje de los componentes o atributos de la APS para cada entrevistado depende de la cantidad de ítems del componente o atributo que este entrevistado indicó con valores considerados ausentes. Para que se calcule la puntuación del entrevistado, el porcentaje de ítems con valores faltantes debe ser inferior al 50% del total de ítems del componente o atributo. Los elementos con la opción de respuesta del código '9' y la descripción 'No sé/No recuerdo' y también cualquier aparición de elementos con valores en blanco (sin respuesta o faltantes) se consideran valores faltantes. En vista de esto, tenemos que:

Para cada entrevistado, si el número de ítems con valores faltantes en el componente (ítems con respuestas en la opción 9 'No sé/No recuerdo' + ítems con respuestas en blanco - faltantes) es menor a 50% del total de ítems del componente, transformar el valor “9” al valor “2” (“probablemente no”) en todos los ítems del instrumento y calcular la puntuación del componente. Esta imputación contribuye a minimizar la pérdida de datos y puede considerarse conservadora, ya que clasifica negativamente las características del servicio de salud que pueden no ser de conocimiento de la persona entrevistada.

- **3er PASO:** Cálculo de la puntuación

Puntaje general de APS, calcule de la siguiente manera:

$$\text{Puntaje general de APS} = (\text{Afiliación} + \text{B2} + \text{C4} + \text{C11} + \text{D1} + \text{D6} + \text{D9} + \text{D14} + \text{E2} + \text{E6} + \text{E7} + \text{E9} + \text{F3} + \text{G9} + \text{G17} + \text{G20} + \text{H1} + \text{H5} + \text{H7} + \text{H11} + \text{I1} + \text{I3} + \text{J4}) / 23$$

Recuerde que los ítems C11 y D14 deben tener sus valores invertidos (Ver 1er Paso). Recuerde que el ítem E1 indica si los pacientes estuvieron en alguna consulta con especialista o servicio de especialista (Sí, No, No sabe/No recuerda). Por lo tanto, el ítem E1 no se incluye en el cálculo de la puntuación.

- **Transformación de puntuación para valores de 0 a 10**

El puntaje con valores que van de 0 a 10 se puede calcular para cada ítem, para puntajes de componentes, para puntajes de atributos, así como para el APS Essential Score y el APS General Score. Para ello se aplica la siguiente fórmula:

Puntuación 0 a 10

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{valor mínimo de la escala}}{\text{valor de escala máximo} - \text{valor de escala mínimo}} \times 10$$

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - 1}{4 - 1} \times 10$$

donde, 'Puntuación obtenida' corresponde a la puntuación originalmente en una escala de 1 a 4 que se quiere transformar a valores de 0 a 10. (Harzheim et al., 2020)

5.9.3. Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQOL OLD.

El proyecto WHOQoL-OLD (World Health Organization Quality of Life- Old) inicio en 1999, como una cooperación científica de varios centros, el objetivo principal fue desarrollar y evaluar una medida genérica de calidad de vida en adultos mayores para uso internacional y transcultural. Así se construyó el cuestionario WHOQOL-OLD, cuyo origen se remonta a los cuestionarios de calidad de vida de la OMS; WHOQoL-100 o el WHOQoL-Bref que fueron utilizados para medir la calidad de vida en la población adulta en general, de los cuales se pensaba que su uso era adecuado también en la población de adultos mayores.

El WHOQOLOLD está conformado por 26 ítems de la escala Likert divididos en seis áreas: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. Siempre que se hayan completado todos los ítems de la misma área, cada una de estas áreas tiene cuatro ítems y una puntuación final de 4 a 20. Se obtiene una puntuación general o global de la calidad de vida de las personas mayores, que se conoce como el resultado total del examen. Finalmente se suministró el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD de la Organización Mundial de la Salud, que es una escala de tipo Likert; tiene 24 ítems distribuidos en seis facetas: funcionamiento de lo sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad, el cuestionario permite asignar puntuaciones de acuerdo a las respuestas, los posibles resultados son:

- Calidad de Vida Buena 73 – 120
- Calidad de Vida Medianamente buena 49-72
- Calidad de Vida Mala 1 – 48.

De acuerdo al manual de desarrollo de instrumento WHOQoL-OLD las dimensiones propuestas se relacionan con los siguientes conceptos:

- La dimensión "capacidades sensoriales" evalúa el funcionamiento sensorial y el impacto de la pérdida de los sentidos y habilidades en la calidad de vida.
- La dimensión "Autonomía" se refiere a la independencia en la vejez y por lo tanto describe la capacidad de poder vivir de forma autónoma y tomar decisiones propias.

- La dimensión "Actividades pasadas, presentes y futuras" describe la satisfacción sobre los logros en la vida y en la esperanza de continuar realizando u obteniendo cosas con interés,
- La dimensión "participación social" delinea la participación en actividades de la vida diaria, especialmente en la comunidad.
- La dimensión " Muerte y morir" está relacionada con inquietudes, preocupaciones y temores acerca de la muerte y el morir.
- La dimensión " intimidad " evalúa el poder tener relaciones personales e íntimas (WHOQoL Group, 2006).

El examen WHOQOLOLD permite evaluar el impacto de los diferentes servicios sociales y sanitarios a las personas mayores sobre la calidad de vida. En particular, ayuda a identificar las posibles repercusiones de las políticas en la calidad de vida de las personas mayores y ayuda a comprender mejor dónde invertir para obtener mayores beneficios en términos de calidad de vida. Se puede obtener una estimación de la recepción de las intervenciones físicas y psicológicas en el amplio campo de los problemas físicos y psicológicos relacionados con la edad. Además, permite la evaluación de estudios transversales entre varios servicios e intervenciones. Las comparaciones realizadas con la metodología de este examen son menos susceptibles al sesgo cultural debido al estricto desarrollo de los patrones de instrumentos usados por el WHOQOLOLD. Esto proporciona un enfoque adecuado del desarrollo instrumental, así como validez transcultural para la evaluación de la calidad de vida en las personas ancianas. (Medeiros de Araújo et al. 2011)

5.9.4. Pruebas estadísticas.

Para el análisis estadístico de las variables se aplican diferentes pruebas entre las cuales tenemos:

El alfa de Cronbach es una medida estadística, la cual se utiliza generalmente como una medida de consistencia interna o confiabilidad de un instrumento psicométrico (que utiliza escalas de Likert). Cuantifica qué tan bien un conjunto de variables o ítems mide un aspecto latente único y unidimensional de los individuos a partir de la aplicación de un cuestionario. Este coeficiente de fiabilidad fue desarrollado por Lee Cronbach en 1951.

La correlación entre los ítems, que es una función del número de ítems del instrumento y la correlación media entre los ítems, se utiliza para realizar el cálculo. La siguiente fórmula sería:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde K es el número de ítems del instrumento, $\sum S_i^2$ es la sumatoria de las varianzas de los ítems y S_T^2 la varianza total del instrumento.

El valor alfa de Cronbach aumenta con el número de ítems, como se muestra en la fórmula. Además, el valor alfa de Cronbach será bajo si no hay una correlación media entre los ítems. Habrá evidencia de que los elementos están midiendo el mismo constructo o dimensión latente si hay una alta correlación entre ellos. El análisis de las correlaciones entre los ítems y el puntaje total permite evaluar la relevancia y la utilidad de cada ítem en la escala. Se recomienda que los autores o autoras del manuscrito describan la correlación media entre los ítems y la amplitud de los coeficientes de correlación. Por lo tanto, los lectores y lectoras podrán examinar activamente o críticamente la calidad de la consistencia interna de los temas.

Es recomendable realizar un análisis factorial de los ítems para observar cómo se agrupan en diferentes dimensiones latentes, y luego calcular el valor de alfa de Cronbach para cada dimensión que haya detectado el análisis factorial. Esto indica que los ítems tienen una estructura multidimensional cuando se obtiene un bajo valor de alfa de Cronbach. Un valor alfa de Cronbach aceptable indica que hay consistencia interna, es decir, que los ítems están relacionados entre sí, pero nunca indica el grado de unidimensionalidad de los ítems que miden el constructo.

Para la interpretación varios autores mencionan diferentes estalpas según Oviedo y Cano mencionan que un valor de 1 confiere una confiabilidad perfecta, el valor de 0.72 a 0.99 es excelente al contrario que los valores entre 0.54 a 0.59 constituye una confiabilidad baja y un valor menor a 0.53 tiene una confiabilidad nula.

Para el presente estudio se realizó esta prueba obteniendo resultados confiables, para el Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) se obtuvo un valor de 0,80 considerado de alta confiabilidad, mientras que el Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores (WHOQOL OLD) obtuvo un puntaje de 0.79 considerado de buena confiabilidad según la escala de Cronbach. Para la valoración de los coeficientes alfa que se obtuvieron en el presente estudio se aplicó el criterio de George y Mallery (1995).

5.9.5. Procedimiento

El estudio actual se llevó a cabo después de la aprobación del tema y correspondiente pertinencia del proyecto de titulación (Anexo 1), designación del director (Anexo 2), se entregó el proyecto de titulación aprobado (Anexo 10) y se solicitó autorización para la recolección de datos a la Coordinación Zonal 7 – salud, por parte de la Carrera de Medicina para el trabajo de campo (Anexo 3), se realizó la traducción del resumen (Anexo 4). Una vez obtenida la autorización, se acudió al Centro de Salud Belén para obtener información de los adultos mayores, a quienes se les aplicó el consentimiento informado de la OMS (Anexo 5) y los cuestionarios Primary Care Assessment Tools, Customer-client Survey (PCAT - usuarios) (Anexo 6) y el cuestionario para la Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQOL OLD (Anexo 7), finalizada la recolección de los datos se procedió a realizar la tabulación y análisis de los resultados y se elaboró el informe final de acuerdo a la guía correspondiente. Se procedió a la tabulación de información en una base de datos (Anexo 8) y análisis estadístico en tablas (Anexo 9), para lo cual se utilizó el programa de Excel del paquete de Microsoft Office 2019 y el programa SPSS de IBM Statistics versión 29.0.2.0.

5.9.6. Recursos humanos

- Tesista: Josselyn Antonieta Reyes Pinta
- Director de tesis: Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.
- Autoridades de la Carrera de Medicina
- Autoridades de la Coordinación Zonal 7
- Personal del Centro de Salud Belén
- Muestra: personas adultas mayores

6. Resultados

6.1. Distribución según sexo y grupo de edad

Tabla 1. Distribución según sexo y grupo de edad de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén

Grupo de edad	Sexo y grupo de edad					
	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
65-69	23	38,98	10	31,25	33	36,26
70-74	11	18,64	8	25,00	19	20,88
75-79	9	15,25	5	15,63	14	15,38
≥ 80	16	27,12	9	28,13	25	27,47
Total	59	100	32	100	91	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Análisis: 91 adultos mayores que participaron en la presente investigación, que aceptaron, firmaron y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales predominó el grupo de edad de 65 a 69 años. 36,26% (n=33) en ambos sexos, la población femenina presentó superioridad en todos los grupos de edad. Dentro del sexo masculino, el grupo de edad de 75 a 79 años (n=5) constituye la población menor.

6.2. Resultado para el primer objetivo

Identificar el tipo de experiencia de los adultos mayores que acuden a la atención primaria de salud según grupo de edad y sexo del Centro de Salud Belén en el periodo junio – diciembre 2022.

Tabla 2. Tipo de experiencia (percepción de la atención) de los adultos mayores que acuden a la atención primaria de salud según grupo de edad y sexo del Centro de Salud Belén en el periodo junio – diciembre 2022

Tipo de experiencia	Femenino				Masculino				Total	
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	≥ 80	65 - 69	70 - 74	75 - 79	≥ 80	f	%
	%	%	%	%	%	%	%	%		
Alta	22,03	8,47	10,17	16,95	9,38	15,63	3,13	15,6	48	52,75
Baja	16,95	10,17	5,08	10,17	21,88	9,38	12,50	12,5	43	47,25
Total	38,98	18,64	15,25	27,12	31,25	25,00	15,63	28,1	91	100,00

Fuente: Hoja de recolección de datos (Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos))

Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Análisis: Al aplicar el cuestionario de Atención Primaria en Salud PCAT Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos), se evidenció que el 52,75% (n=48) tuvo una experiencia alta de la calidad de atención en el Centro de Salud Belén, percibida por los adultos mayores de ambos sexos, con superioridad del sexo femenino en el grupo de edad de 65 a 69 años con 22,03% (n=13), por otro lado, la baja experiencia de la percepción de calidad de atención se centra en el sexo masculino, 56,30% (n=18). Al revisar el anexo 9 la calificación individual de los atributos del Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos), se observa que los atributos accesibilidad, integración de cuidados, sistemas de información comunitaria y competencia cultural no cumplen con una experiencia alta dentro de la percepción de la atención del centro de salud.

6.3. Resultado para el segundo objetivo

Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores según grupos de edad y sexo que acuden al Centro de Salud Belén, durante el periodo junio - diciembre 2022.

Tabla 3. Calidad de vida de los adultos mayores según grupos de edad y sexo que acuden al Centro de Salud Belén, durante el periodo junio - diciembre 2022

Dimensiones	Femenino				Masculino				Total	
	65 - 69 %	70 - 74 %	75 - 79 %	≥ 80 %	65 - 69 %	70 - 74 %	75 - 79 %	≥ 80 %	f	%
Buena	35,59	13,56	11,86	20,34	25,00	25,00	9,38	28,13	76	83,52
Mediamente buena	3,39	5,08	1,69	6,78	6,25	-	6,25	-	14	15,38
Mala	-	-	1,69	-	-	-	-	-	1	1,10
Total	38,98	18,64	15,25	27,12	31,25	25	15,625	28,125	91	100,00

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Análisis: Al aplicar el cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores, el 83,52% (n=76) de los adultos mayores de ambos sexos mostraron buena calidad de vida, con predominio del sexo femenino, 35,59% (n=21) en comparación con 25,00% (n=8) del sexo masculino. Además, se observa solo un caso de mala calidad de vida que representa el 1,69% (n=1) del total de participantes dentro del sexo femenino.

6.4. Resultado para el tercer objetivo

Establecer la relación entre la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores durante el periodo junio – diciembre 2022.

Tabla 4. Relación entre la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores durante el periodo junio – diciembre 2022

Calidad de atención primaria en salud	Calidad de vida en adultos mayores						Total	
	Buena		Mediamente buena		Mala		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Alta	37	40,66	10	10,99	1	1,10	48	52,75
Baja	38	41,76	5	5,49	-	-	43	47,25
Total	75	82,42	15	16,48	1	1,10	91	100,00

Fuente: Hoja de recolección de datos ((Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) (Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores (WHOQOL OLD))
Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Tabla 5. Relación de la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores según Chi2

Calidad de atención primaria en salud	Calidad de vida en adultos mayores		
	Buena	Mediamente buena	Mala
Alta	0,17	0,55	0,42
Baja	0,18	0,62	0,47
Chi2			2,41

Fuente: Hoja de recolección de datos ((Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) (Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores (WHOQOL OLD))
Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Tabla 6. Relación de la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores según Chi2 y V de Cramer

WHOQOL-OLD		
PCAT usuarios	Chi 2 cuadrado	2,41
	Grado de libertad	2
	Grado de significancia (α)	0,05
	Valor crítico	6,00
	Valor de p	0,29
	Coefficiente de asociación V de Cramer	0,163

Fuente: Hoja de recolección de datos ((Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) (Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores (WHOQOL OLD))
Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Tabla 7. Relación de la atención primaria en salud y la calidad de vida de los adultos mayores según el Coeficiente de Correlación de Spearman

		Calidad de vida en adultos mayores	Calidad de atención primaria en salud
Calidad de vida en adultos mayores	Coeficiente de correlación	1,000	-,004
	Sig. (bilateral)	.	,970
	N	91	91
Calidad de atención primaria en salud	Coeficiente de correlación	-,004	1,000
	Sig. (bilateral)	,970	.
	N	91	91

Fuente: Hoja de recolección de datos ((Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) (Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores (WHOQOL OLD))
Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Análisis: la experiencia alta en la calidad de atención con un 52,75% (n=48) presentó el 40,66% (n=37) de buena calidad de atención, mientras que la baja calidad de atención con 47,25% (n=43) demostró 41,76% (n=38) de buena calidad de atención. Al aplicar la prueba Chi 2 ($\chi^2 = 2.41$ gl= 2 $\alpha:0,05$ valor de $p = 0,29$ V de Cramer: 0,163), se pudo evidenciar que la relación entre las variables calidad de atención y calidad de vida no es estadísticamente significativa. Esto se sustenta con la prueba del coeficiente de correlación de Spearman, en la cual se observa un valor de -0,004, el cual es cercano a 0 según la escala de valoración, y se concluye que no hay una asociación entre las variables calidad de atención y calidad de vida, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

7. Discusión

Al Centro de Salud Belén acudió una población de 91 personas adultas mayores de ambos sexos durante el periodo junio - diciembre 2022, se observó un predominio del sexo femenino dentro del grupo de edad de 65 a 69 años. 38,98% (n=23) en relación con al sexo masculino, 31,25% (n=10), además, 52,75 % (n=48) que son atendidos en el mismo manifestaron una alta percepción de experiencia en la atención primaria de salud con valores iguales o superiores a 6,6 dentro de la escala de valoración del cuestionario de calidad de atención Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) mientras que, 47,25% mencionaron baja experiencia en la atención con valores menores a 6,6. Estos resultados se contrastan con los obtenidos por Uchoa L. y otros (2014) en el estudio presentado “Evaluación de la calidad de la atención primaria de salud desde la perspectiva de los ancianos” realizado en las unidades de Salud Básicas de Macaíba en Brasil en una población de 100 adultos mayores en los que se obtuvo una calificación final baja de 5,7 de percepción de la calidad de atención, además los resultados se contraponen con los obtenidos en el presente estudio que demuestra una mejor percepción a la calidad de atención, así mismo en la evaluación individual de cada atributo la calificación más alta la obtuvo en el atributo de uso de acceso a primer contacto con 8,3 seguida por servicios disponibles 7,7 mientras que la calificación más baja se dio en los atributos sistemas de información con la puntuación de 3, integración de cuidados 4 y orientación comunitaria con 4, en el estudio publicado por Uchoa L. y otros la longitudinalidad del cuidado fue un punto fuerte 7,3; pero integralidad 4,7; orientación familiar 4,1 y accesibilidad 3,8 obtuvieron calificaciones bajas desde la perspectiva del anciano. En estudios recientes realizados en diferentes poblaciones con el objetivo de evaluar la calidad de atención en los servicios de salud, uno de ellos publicado en 2022 por Cunha de Carvalho F. y otros titulado “Asociación entre evaluación positiva de la atención primaria de salud y características sociodemográficas y comorbilidades en Brasil” en una población mixta de 9562 personas de entre 18 y más de 60 años, en donde se hace referencia que la población adulta mayor con 41,67% dieron una puntuación alta para la calidad de atención primaria, al relacionarlo con la presente investigación se evidencia una ligera disparidad en los resultados obtenidos en donde el 52,75% de los adultos mayores calificó con un valor de alto a la calidad de atención. En relación a la población general del presente estudio prevaleció la población femenina 64,84% (n=59) esto se confirma con el estudio realizado por Patiño, E. (2021) titulado “Evaluación en la atención primaria en salud y sus atributos en unidades de primer nivel en Quito – Ecuador

en el año 2020”, realizado en una población de 1218, la misma que presentó una población femenina con una inclinación mayor 58,40% (n=626) con respecto al sexo masculino. La variación de los resultados obtenidos de esta investigación con los utilizados dentro de la discusión se sostiene por una diferencia en el total de la población estudiada, su demografía y cultura que respondieron al cuestionario de calidad de atención primaria y el nivel de atención en el cual fue aplicado, pues, los sistemas de salud varían acorde a las necesidades de la población de cada país.

Al evaluar la calidad de vida, el 83,52% (n=76) presentaron autopercepción buena, el 15,38% (n=14) autopercepción medianamente buena y solo el 1,10% (n=1) mala calidad de vida. Por el contrario, según el estudio realizado por López E, en su estudio “Calidad de vida en adultos mayores de un Centro Geriátrico de Lima Este” publicado en 2022, con un total de 153 adultos mayores en los cuales predominaron aquellos con nivel medianamente bueno con 77,1% (n=118), seguido del bueno con 11,8% (n=18) y malo con 11,1% (n=17), comparando estos resultados con la presente investigación es evidente la variación entre las percepciones de calidad de vida de cada población, a pesar de aquello no se puede dejar pasar la prevalencia en la calificación final de buena y medianamente buena en los dos estudios. Similares resultados encontramos en la investigación realizada por González V. en su estudio “Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja” publicado en 2020. Con una población de 50 adultos mayores, se obtuvo que el 38% (n=19) tuvo calidad de vida medianamente buena, seguido de una autopercepción de la calidad de vida como buena que representa el 36% (n=18). Las diferencias en los puntajes finales de los estudios analizados se pueden explicar por la subjetividad de cada individual al momento de aplicar la encuesta; sin embargo, las denominaciones de buena y medianamente buena en la escala de calidad de vida son relevantes en cada población estudiada.

La confiabilidad de los instrumentos aplicados se obtuvo por medio la prueba estadística Alfa de Cronbach obteniendo resultados, para el Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) se logró un valor de 0,80 considerado de alta confiabilidad, mientras que el Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores (WHOQOL OLD) un puntaje de 0.79 considerado de buena confiabilidad. Al comparar esta confiabilidad con el estudio de Tafur S. y otros “Validez y Confiabilidad de un Instrumento para Evaluar el Cumplimiento de las Funciones de la Atención Primaria en Contexto Peruano” publicado en 2022, el cual obtuvo un valor de 0,85 para el cuestionario de Calidad de atención primaria, con el cuestionario empleado

para esta investigación mantienen una alta confiabilidad. Mientras que en el estudio publicado en 2020 por Queirolo S. y otros “Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú)” obtuvo una confiabilidad de 0,94 mostrando un índice mayor al del presente estudio.

Las variables planteadas para esta investigación no muestran una relación estadísticamente significativa esto se respaldada con la prueba Chi2 2,41 con un grado de significancia de $p = 0,29$; coeficiente de asociación V de Cramer 0,163 y correlación de Spearman -0,004; por lo cual se acepta la hipótesis nula con una independencia de las variables calidad de atención y calidad de vida en la población adulta mayor atendida en el Centro de Salud Belén. Sin embargo, los instrumentos aplicados tienen un alfa de Cronbach de confiabilidad interna de 0,80 y 0,79, lo que indica que los resultados son confiables. La diversidad entre los artículos consultados y el trabajo actual puede ser el resultado de la amplitud de las poblaciones estudiadas.

8. Conclusiones

Los adultos mayores calificaron como alta la experiencia (percepción) en la calidad de atención, la población femenina en todos sus grupos etarios acude con mayor frecuencia a la consulta en los centros de atención primaria con un predominio de 2 a 1 en relación a la población masculina.

La calidad de vida fue calificada como buena en relación 2 a 1 de la población adulta mayor encuestada, con mayor predominio en la dimensión buena y mediamente buena en mujeres en comparación con los varones.

La relación entre las variables calidad de atención primaria y la calidad de vida no presentaron una relación estadísticamente significativa, pues, el contexto de las mismas varía según el entorno y percepción de cada individuo.

9. Recomendaciones

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública aplicar de forma periódica el Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos) en todas las unidades de atención primaria que se rigen al mismo, pues este permite obtener información de varios aspectos sobre la atención primaria de salud, además de estar disponible para los diferentes grupos de edad y áreas de atención.

Al personal médico y administrativo del Centro de Salud Belén reforzar las debilidades de los atributos, sistemas de información y orientación comunitaria debido que los mismos obtuvieron los puntajes más bajos, para lo cual, se recomienda acudir con mayor frecuencia durante los días de actividad extramural a los hogares de los adultos mayores priorizando e individualizando su atención, además, retomar las actividades de inclusión como el club del adulto mayor, el cual, se mantuvo suspendido por motivos de la pandemia COVID-19.

Promover dentro del personal que labora en el centro de salud una relación no parental que evite que los pacientes tengan temor al acudir y contar su problema de salud, pues es un factor para la poca asistencia y para la falta de adherencia a los tratamientos considerando que la mayoría presentan problemas de salud que requieren un seguimiento constante al estar dentro de los grupos vulnerables, por el contrario la relación empática permitirá concretar acuerdos entre ambas partes, lo que resulta en la mejoría de cada paciente y sus respectivos tratamientos, además de motivar a los pacientes a acudir a las consultas subsecuentes.

A los pacientes se recomienda acudir al centro de salud, cuando presenten algún problema, inquietud o para el control de su enfermedad, ser conscientes que las condiciones médicas que padecen requieren de un seguimiento constante que puede ser brindado en esta unidad de atención primaria sin costo alguno, también se sugiere a los familiares involucrarse en la salud y en las actividades de los adultos mayores pues algunos de ellos viven en abandono deteriorándose su calidad de vida.

10. Bibliografía

- Álvarez Romo, D., Andrés Ocaña, J., Martínez Pérez, A. M., & León Sánchez, S. (2020). Salud intercultural en la atención primaria de salud: un modelo de participación social en Ecuador. *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad"*, 6.
- Bermúdez Castro, M. A. (2021). Aceptación y calidad de vida en personas con dolor crónico: Factores terapéuticos, mindfulness y autocompasión, desde una perspectiva cualitativa. [Tesis Doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Formación de Profesorado y Educación] Dialnet. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10486/699743>
- Berra, S., Rivadero, L., & Grupo IA-PCAT. (2021). Aceptabilidad lingüística en la comprensión de cuestionarios de valoración de servicios de salud en Iberoamérica. *Scielo*, 2.
- Cadeño, R., Cruz, Y., Guerrero, J., & Salman, E. (2006). Calidad de vida y trabajo: algunas consideraciones útiles para el profesional de la información. *ResearchGate*, 28. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/28806344_Calidad_de_vida_y_trabajo_algunas_consideraciones_utiles_para_el_profesional_de_la_informacion?enrichId=rgreq-5be8628188fb84208e65e4449de61804-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI4ODA2MzQ0O0FT0jExOTUzNzA0MzI1M
- Cardona, J. A., & Higuera Gutiérrez, L. F. (2010). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Scielo*, 3. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,ello%20permeado%20por%20las%20actividades
- Campoverde, F., & Maldonado Jorge, J. (2020). VALORACIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS. *Revista Medica Vozandes*, 2-3. doi:10.48018/rmv.v31.i2.8
- Carrera, S. (2021). *Boletín Técnico - Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_dg_2020_v1.pdf
- Centro de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. (s.f). *Universidad Nacional de Córdoba*. Obtenido de Facultad de Ciencias Médicas: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/descripcion-de-los-instrumentos/>
- Cevallos, V. P. (2021). *Informe del Estado Situacional del Servicio de Atención y Cuidado para Personas Adultas Mayores por el MIES y Entidades Cooperantes*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social. Obtenido de <file:///D:/USUARIO/Downloads/2021%20INFORME%20PAM%20OCTUBRE.pdf>

- Código Organico de Salud [COS]. (24 de agosto de 2020). Código Organico de Salud. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador. Obtenido de <https://www.puenteasociados.com/wp-content/uploads/2020/08/Co%CC%81digo-Orga%CC%81nico-de-Salud-Texto-final-para-votacio%CC%81n-25-08-2020.pdf?fbclid=IwAR3Jzuo0zMosRqpjibQIsFVuKu7Jc7DXIPe1g9BOoActUT7v7iXHIg-3Eh4>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (13 de noviembre de 2020). *Estado de situación de las personas adultas mayores*. Obtenido de <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>
- Cunha , F., Ivata, R., Durso, R., & Carvalho , D. (2022). Asociación entre evaluación positiva de la atención primaria de salud y características sociodemográficas y comorbilidades en Brasil. *Scielo Brasil*. doi:<https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>
- Delgado Bernal, D. S., Villacreses Veliz, E. G., Solórzano Solórzano, S. E., & Delgado López, D. (2021). Vigilancia epidemiológica y actividades de atención primaria en salud (APS) del Ecuador. *RECIMUNDO*, 294.
- Duran Niño, E. Y., Campos de Aldana, M. S., & Arboleda de Pérez, L. B. (2021). Atención primaria en salud reto de los profesionales de enfermería: una revisión narrativa. *Revista de Salud Pública*, 3. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rsp/2021.v55/100/es#:~:text=En%20la%20declaraci%C3%B3n%20de%20Alma,la%20comunidad%20y%20el%20pa%C3%ADs>
- Echeverria , A., Causas, R., Díaz , B., Sáez , C., & Cárcamo, M. (2021). Herramientas de evaluación de actividades de la vida diaria instrumentales en población adulta: revisión sistemática. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000717>
- Elio, D. (2021). LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. *Scielo*, 27(2), 1. doi:http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582021000200092&lng=es&tlng=es.
- Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2-3. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000894>
- Gamez, M. (2020). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. *Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- González, V. (2020). “Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja”. *Universidad Nacional de Loja*. doi:https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23328/1/VanessadelCisne_GonzalezPerez.pdf

- Harzheim, E., Pinto, L., Hauser, L., & Gonçalves, M. (2020). *PCATOOL Brasil 2020 - Manual del Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria a la Salud*. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención Primaria en Salud. Departamento de Salud de la Familia, Brasilia. Obtenido de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrumento_avaliacao_atencao_primaria_saude.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos . (2010). Obtenido de Estado de situación de las personas adultas mayores: <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS%20la%20calidad%20de%20vida%20es%3A&text=Los%20aspectos%20objetivos%20son%20aquellos,vestido%2C%20seguridad%20social%2C%2>
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. (2019). Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial. Obtenido de <https://boletincontable.com/wp-content/uploads/2019/06/Ley-Org%C3%A1nica-de-las-Personas-Adultas-Mayores.pdf>
- Llerena Morales , G. A., & Mayorga Valle Freddy Patricio, F. P. (2022). El proceso salud-enfermedad y la formación de profesionales en atención primaria de salud. *Revista científica INSPILIP*, 2. doi:<https://doi.org/10.31790/inspilip.v6i1.271>
- Lopez , R., & Edicho , E. (2022). Calidad de vida en adultos mayores de un Centro Geriátrico de Lima Este, 2022. *Universidad de Ciencias y Humanidades*, 1. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12872/717>
- Maiz, G. (2019). ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? *OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud*, 2. Obtenido de <https://oseki.eus/articulos/por-que-es-importante-la-atencion-primaria-de-salud/>
- Martínez Garcés, J. (2022). Tomo III: Ciencias multidisciplinares. En *Avances en Investigación Científica* (pág. 37). Cali. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Albano-Alexander-Rojas-Britto-2/publication/359095805_libro_3_tomo3_ciencias_multidisciplinares/links/6227dc7397401151d208803f/libro-3-tomo3-ciencias-multidisciplinares.pdf
- Medeiros de Araújo Nunes, V., Menezes, R., & Alchieri, J. (2011). Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia. *Scielo*, 179-180.
- Meza Paredes, J. V., Alviso, D., & Insaurralde Alviso, A. (2021). Modelo matemático para estimar el índice de calidad de vida en adultos mayores usando la encuesta FUMAT. *MEMORIAS DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN*

CIENCIAS DE LA SALUD, 3. doi:<http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.03.44>

- Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES]. (2021). Informe del Estado Situacional del Servicio de Atención y Cuidado para Personas Adultas Mayores por el MIES y Entidades Cooperantes. *Ministerio Inclusion Económica y Social*, 6.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2020). *INFORME MENSUAL DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN Y CUIDADO PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES Y DEL ESTADO SITUACIONAL DE SU POBLACIÓN OBJETIVO*. Obtenido de <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/informes-pamusrext/2020-inf-pam-usrint?download=1640:informe-adulto-mayor-julio>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Prioridades de investigación en salud 2013 - 2017*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de http://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/10/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017-1.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Alma - Ata Atención Primaria de Salud* (pág. 6). OMS. Obtenido de <https://www.paho.org/es/alma-ata>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (01 de 04 de 2021). *Atención primaria de salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundias de la Salud [OMS]. (4 de octubre de 2021). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de Salud [OPS]. (25 de mayo de 2022). *Directora de OPS urge a realizar mayores inversiones en atención primaria para alcanzar la salud universal*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/25-5-2022-directora-ops-urge-realizar-mayores-inversiones-atencion-primaria-para-alcanzar>
- Pazmiño, E. A. J. (2021). Evaluación de la atención primaria en salud y sus atributos en unidades de primer nivel en Quito - Ecuador en el año 2020. Tesis Doctoral, Facultad de de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto. doi: 10.11606/T.17.2021.tde-05112021-110843. Recuperado 2024-06-17, de www.teses.usp.br
- Pérez Cuevas, R., Savedoff, W., Nigenda, G., Doubova, S., Sorio, R. E., & Dal Poz, M. (Mayo de 2023). *Rumbo al futuro del tendencias y desafíos para el próximo tiempo*. Obtenido de Banco Interamericano de Desarrollo:

<https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Rumbo-al-futuro-del-personal-de-salud-tendencias-y-desafios-para-el-proximo-tiempo.pdf>

- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Scielo*, 1.
doi:<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Queirolo Ore, Stephanie Antonella, Barboza Palomino, Miguel, & Ventura-León, José. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*, 19(60), 259-288. Epub 21 de diciembre de 2020.<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420681>
- Ramírez-Coronel, A. A., Malo Larrea, A., Martínez Suarez, P. C., Montánchez Torres, M. L., Torracchi Carrasco, E., & González León, F. M. (2020). rigén, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica*, 39(8), 2.
doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.4543649>
- Ribeiro, E., Vieira da Silva, E. K., Albuquerque Jatobá, L., Nogueira Andrade, W., & Miranda, N. L. (2021). Calidad de vida en el trabajo de enfermeros de instituciones hospitalarias de la red pública. *Scielo*, 1-2.
- Rojas Torres, I., & Gil Herrera, R. (2021). Estrategias de atención primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *REVISTA AVFT*, 1.
- ROSALES, M. (2021). COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO–PACIENTE. *Vida y Ética*, 14.
- Simancas-Racines, D., & Montesinos-Guevara, C. (2019). Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. *Práctica Familiar Rura*, 3.
- Uchoa , L., da Silva , Z., Araujo, F., Viana, H., Medeiros , W., & Batista, H. (2014). Evaluación de la calidad de la atención primaria de salud desde la perspectiva de los ancianos. *Scielo - Brasil*. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>
- Universidad de Chile. (2021). *Declaración de Alma Ata*. Obtenido de <http://www.medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata>
- Vélez, J. F. (2021). Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida de adultos mayores. Un estudio de revisión bibliográfica. *South Florida Journal of Development*, 5. doi:DOI: 10.46932/sfjdv2n3-020

11. Anexos

11.1. Anexo 1: Aprobación y pertinencia del trabajo de investigación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1250-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 14 de Junio de 2022

Srta. Josselyn Antonieta Reyes Pinta
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "Percepción en atención primaria de salud y calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén – Loja", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita el 14 de Junio de 2022, por la Mdl. Mgs. Sandra Mejía, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Controlado electrónicamente por:
TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Director:
TVCPINOT

11.2. Anexo 2: Designación de director de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1261-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 16 de Junio de 2022

Md. Mgs. Sandra Mejía
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: **"Percepción en atención primaria de salud y calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén – Loja"**, autoría de la **Srta. Josselyn Antonieta Reyes Pinta**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA FARFA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

11.3. Anexo 3: Autorización de recolección de datos



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 7 - SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ7-S-2022-0920-O

Loja, 05 de julio de 2022

Asunto: RESPUESTA : UNL, Dra. Tania Cabrera. Autorización / Srta. Josselyn Reyes Pinta.

Gestora Académica de la Carrera de Medicina
Tania Verónica Cabrera Parra
Directora de la Carrera de Medicina Humana
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente expreso a usted un cordial y atento saludo y éxitos en el desarrollo de sus funciones, en atención al Of. N° 1293 CMH -FS12H-UNL suscrito por Usted, en el que solicita la autorización para que la Srta. Josselyn Antonieta Reyes Pinta, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, aplique el cuestionario para Calidad de Vida de los adultos mayores del Centro de Salud de Belén en el Trabajo de Investigación " *Percepción en atención primaria de salud y calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén-Loja*".

Me permito comunicarle que en el marco del Convenio entre la Universidad Nacional de Loja y la Coordinación Zona 7-Salud, se autoriza a la Srta. Josselyn Antonieta Reyes Pinta realice la aplicación cuestionario para calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Belén, para lo cual la estudiante deberá coordinar con la Dra. Maritza Mosquera Responsable de la Unidad Operativa y firmar el acuerdo de confidencialidad conforme lo establece el Art. 7. del acuerdo de Acuerdo Ministerial 5216 publicado en el Registro Oficial Suplemento 427 de 29-ene.-2015 que en su parte pertinente textualmente indica: *"El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/las, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados."*

Finalizada la investigación la estudiante debe comprometerse a presentar a la responsable del Centro de Salud Belén los resultados de la investigación, los mismos que servirán como insumo para la toma de decisiones sobre el tema.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Dirección: Av. Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala.
Código Postal: 110150 / Loja Ecuador
Teléfono: 593-7-2570 584 - www.salud.gob.ec



Hecho electrónicamente por Guapán

1/2

11.4. Anexo 4: Certificación del idioma inglés

Loja, 20 de junio 2024

Lic. Gabriela del Rocío Enriquez Jadán

A petición de la parte interesada y en forma legal

CERTIFICA

Que la traducción del documento adjunto solicitado por la Señorita JOSSELYN ANTONIETA REYES PINTA con número de cédula 1105244683 cuyo tema de Tesis es *Percepción en atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén – Loja*. Ha sido realizado y aprobado por mi persona Gabriela del Rocío Enriquez Jadán Licenciada en Ciencias de la Educación Mención Inglés

El apartado del Abstract es una traducción textual del Resumen aprobado en español

Particular que comunico en honor a la verdad para fines académicos, facultando al portador del presente documento, hacer uso legal pertinente



Gabriela del Rocío Enriquez Jadán

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLÉS

NÚMERO REGISTRO SENECYT 1008-15-1426297

1103730980

11.5. Anexo 5: Consentimiento informado de la OMS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Consentimiento Informado

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén a quienes se les invita a participar en el proyecto investigativo denominado **“Percepción en atención primaria de salud y calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén - Loja”**.

Tesista: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Directora de Tesis: Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.

Introducción

Yo, Josselyn Antonieta Reyes Pinta, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. Me encuentro realizando un estudio que busca **determinar el impacto de la atención primaria de salud en la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022**, mediante la aplicación del cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT usuarios) y el cuestionario de la Organización Mundial De La Salud Calidad De Vida - Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).

Tipo de intervención de la investigación.

Se le efectuarán dos cuestionarios (cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria PCAT usuarios AE] y el cuestionario de la Organización Mundial De La Salud Calidad De Vida - Adultos Mayores [WHOQOL-OLD]), los resultados que brinden los mismos permitirán establecer la relación de la atención primaria de salud brindada en el Centro de Salud Belén y su calidad de vida. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Selección de participantes

Pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén durante el periodo junio – diciembre 2022 y que cumplan con los criterios de inclusión.

Participación voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar los cuestionarios anexos a este documento que tomará 30 minutos aproximadamente completar la información requerida.

Información sobre los cuestionarios

Al participar en esta investigación el beneficio es que se podrá determinar la percepción en atención primaria de salud por parte de los usuarios (adultos mayores) permitiendo identificar si la experiencia ha sido alto o bajo, y la calidad de vida de los adultos mayores en relación a la atención brindada en el Centro de Salud.

Confidencialidad.

Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de la investigadora.

Compartiendo los resultados

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho de negarse o retirarse

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Si usted no desea participar en esta investigación puede no participar y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma.

A quién contactar

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico: josselyn.reyes@unl.edu.ec o al número telefónico 0980268684.

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Fecha _____

Firma del participante _____

11.6. Anexo 6: Cuestionario: Herramientas de Evaluación de Atención Primaria PCAT – usuarios adultos)



1859

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

A continuación, se presenta un banco de preguntas, por favor, conteste a todas las preguntas, recuerde relacionar cada pregunta con su experiencia dentro de la atención primaria de salud. Siga las instrucciones y marque una sola opción.

ACCESO DE PRIMER CONTACTO – USO						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
B1	Cuando Ud. necesita hacerse un control de salud de rutina, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?					
B2	Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?					
ACCESO DE PRIMER CONTACTO – ACCESIBILIDAD						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
C3	Si su CAPS está abierto y Ud. se enferma ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?					
C5	Cuando su CAPS está cerrado, ¿puede recibir un número al que sus usuarios puedan llamar si se enferman?					
C10	¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno en su CAPS?					
CONTINUIDAD						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)

D1	Cuando Ud. va a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?					
D4	Si Ud. tiene una pregunta, ¿puede llamar y hablar con/el médico/a o enfermera que lo/la conoce más?					
D5	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus preocupaciones o problemas?					
D6	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CAPS?					
D9	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?					
D10	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen su historia clínica completa?					
D13	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen los medicamentos que Ud. está tomando?					
COORDINACIÓN - INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN						
		Sí (3)	No (2) ir a F1		No lo sabe (0) ir a F1	
E1	¿Fue a algún tipo de especialista o servicio especializado durante el período de seguimiento en/con su CAPS /médico/ enfermera?					
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
E2	¿El “médico /enfermera” le sugirió (indicar, derivar) consultar con este especialista o en el servicio especializado?					
E6	¿El “médico /enfermera” envió alguna información al especialista sobre el motivo de esta consulta (con el especialista o en el servicio especializado)?					
E7	¿Su médico/a o profesional de su CAPS sabe que Ud. fue al especialista o servicio de especialidad médica?					
E8	¿Algún profesional de su CAPS habló con Ud. acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que lo ayudaran con ese problema?					
E9	¿El “médico /enfermera” se mostró interesado en la calidad de la atención que recibió en la consulta con el especialista o en el servicio especializado (le preguntó si estaba bien o mal tratado)?					
COORDINACIÓN - SISTEMAS DE INFORMACIÓN						

		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
F1	Cuando Ud. va a su CAPS, ¿lleva algún registro médico, como calendarios de vacunación o informes médicos previos?					
F3	Si quisiera, ¿podría leer (consultar) su expediente en/con el CAPS/ médico/enfermera”?					
GLOBALIDAD - SERVICIOS DISPONIBLES						
A continuación, se presenta una lista de servicios que Ud. o su familia pueden necesitar en cualquier momento. ¿Cuál de estos servicios se encuentra disponible en su CAPS?						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
G1	Atención a consultas sobre nutrición o dieta					
G2	Colocación de vacunas					
G7	Asesoramiento sobre adicciones					
G8	Asesoramiento sobre problemas de salud mental					
GLOBALIDAD - SERVICIOS RECIBIDOS						
Durante las consultas a su CAPS, ¿hablan con Ud. sobre los siguientes temas?						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
H1	Hábitos saludables, como alimentación y descanso.					
H2	Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y sustancias tóxicas (art. de limpieza, solventes industriales)					
H6	Control de niveles de colesterol en la sangre					
H7	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume					
H10	Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad.					
H11	Prevención de caídas					
ENFOQUE FAMILIAR						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
I1	¿El “médico/ enfermera” le pregunta sus ideas y opiniones (lo que usted piensa) al planificar el					

	tratamiento y la atención para usted o alguien de su familia?					
I3	¿Se reuniría el “médico /enfermera” con los miembros de su familia si lo considerara necesario?					
ORIENTACIÓN COMUNITARIA						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
J2	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen los problemas de salud más importantes de su barrio?					
J12	Encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud					
COMPETENCIA CULTURAL						
		No lo sabe (2)	No, en absoluto (1)	Es probable que no (2)	Es probable que sí (3)	Sí, sin duda (4)
K2	¿Le recomendaría su CAPS a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?					
K3	¿Le recomendaría su CAPS a una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros o asiste al curandero?					

El cuestionario ha finalizado, por favor, revise si le quedó alguna pregunta sin contestar. ¡Muchas gracias por participar!

11.7. Anexo 7: Cuestionario: Organización Mundial De La Salud Calidad De Vida - Adultos Mayores (WHOQOL-OLD)



1859
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Instrucciones: Este cuestionario interroga temas relacionados con sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata aspectos que son importantes para usted como miembro de la sociedad.

Por favor, conteste a todas las preguntas. Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las dos últimas semanas.

¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?

Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto ha estado preocupado/a sobre el futuro en las dos últimas semanas. En la siguiente parte de la encuesta nos enfocaremos en las experiencias de las 2 últimas semanas. Elija su respuesta haciendo un círculo en el número que corresponda, donde 1 es nada y 5 es extremadamente. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y elija su respuesta haciendo un círculo en el número que mejor le corresponda.

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
W1	¿Qué tan satisfecho se siente con su vida? (como puntuaría su calidad de vida)	1	2	3	4	5
W2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
		Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
W3	¿Qué tanto afecta su vida diaria la alteración de uno o varios de sus sentidos (por ejemplo, para escuchar,	1	2	3	4	5

	ver, probar, oler, sentir con el tacto)?					
W4	¿Qué tanto afecta su capacidad para participar en actividades la pérdida de algunos o varios de sus sentidos (como para escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto)?	1	2	3	4	5
W5	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
W6	¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?	1	2	3	4	5
W7	¿En qué grado siente que la gente que le rodea respeta su libertad?	1	2	3	4	5
W8	¿Cuánto le preocupa a usted la manera en que morirá?	1	2	3	4	5
W9	¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?	1	2	3	4	5
W10	¿Cuánto le asusta a usted morir?	1	2	3	4	5
W11	¿Cuánto teme usted sentir dolor antes de morir?	1	2	3	4	5
En esta parte de la encuesta nos enfocaremos en las actividades que usted fue capaz de hacer parcial o completamente en las 2 últimas semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
W12	¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (como escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?	1	2	3	4	5
W13	¿Qué tanto cree usted que puede hacer las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
W14	¿Qué tan satisfecho/a está con las oportunidades que tiene para lograr cosas en la vida?	1	2	3	4	5
W15	¿En qué medida siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	1	2	3	4	5
W16	¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
W17	¿Qué tan satisfecho/a se siente con lo que ha conseguido en la vida?	1	2	3	4	5
W18	¿Qué tan satisfecho/a está con la manera en que utiliza su tiempo?	1	2	3	4	5
W19	¿Qué tan satisfecho/a se siente con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
W20	¿Qué tan satisfecho/a se siente con las oportunidades que tiene para participar en actividades de la comunidad (amigos, clubes, iglesia, etc)?	1	2	3	4	5

		Muy desco ntento /a	Descont ento/a	Ni content o/a ni descont ento /a	Content o/a	Muy conte nto/a
W21	¿Qué tan contento/a se siente al pensar en su futuro?	1	2	3	4	5
		Muy mal	Mal	Ni bien ni mal	Bien	Muy bien
W22	¿Cómo calificaría el funcionamiento de sus sentidos (audición, visión, gusto, olfato,tacto)?	1	2	3	4	5
En esta parte de la encuesta nos enfocaremos en cualquier relación íntima que usted pueda tener.						
		Nada	Un Poco	Lo normal	Bastant e	Extre mada mente
W23	¿En qué medida se siente acompañado /a en su vida?	1	2	3	4	5
W24	¿En qué medida experimenta amor en su vida?	1	2	3	4	5
W25	¿En qué medida tiene oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
W26	¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado/a?	1	2	3	4	5

El cuestionario ha finalizado, por favor, revise si le quedó alguna pregunta sin contestar. ¡Muchas gracias por participar!

11.8. Anexo 8: Base de datos

N°	Edad	Sexo		Edad				PCAT - Atención Primaria		Calidad de Vida en Adultos Mayores - WHOQOL OLD		
		F	M	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 o más años	Alta ≥ 6,6	Baja < 6,6	Buena 73 - 120	Mediamente buena 49 - 72	Mala 1 - 48
1	76	x				x		8,11		72		
2	85	x					x		4,93	68		
3	68	x		x				7,03		80		
4	65		x	x					3,22	84		
5	66	x		x					6,10	87		
6	72		x		x				6,12	78		
7	88		x				x		5,17	86		
8	68	x		x					6,31	82		
9	67	x		x				7,14			57	
10	89		x				x	6,67		79		
11	80		x				x	7,19		91		
12	74	x			x				6,35	82		
13	75	x				x		7,03		96		
14	95		x				x		6,14	83		
15	65	x		x				7,16		105		
16	67		x	x					4,38	85		
17	69	x		x				6,97		81		
18	69		x	x				6,90			65	
19	65		x	x				7,60		77		
20	67	x		x				7,06		71		
21	71		x		x			6,85		81		
22	85	x					x		6,27	73		
23	67		x	x				6,89			69	
24	66		x	x					5,98		72	
25	71		x		x			7,81		101		
26	72	x			x			7,34		101		
27	69	x		x				6,74		79		
28	88	x					x	7,20		74		
29	79	x				x			6,57	77		
30	76	x				x		7,12		82		
31	73	x			x			6,85		77		
32	65	x		x				7,40		83		
33	79	x				x		7,58				47
34	70		x		x			7,52		79		

35	68	x		x				7,74			69	
36	82		x				x	7,54		86		
37	67	x		x					6,50	90		
38	68	x		x				7,06		78		
39	79	x				x			4,27	78		
40	67		x	x					5,85	77		
41	84	x					x	7,58		83		
42	71	x			x				6,33	90		
43	75	x			x			7,45			69	
44	73	x			x				5,46	74		
45	73	x			x				5,81	102		
46	65		x	x					5,04	87		
47	91		x				x	7,46		88		
48	88	x					x	7,52		82		
49	80	x					x		6,06	83		
50	82	x					x	7,19		94		
51	78	x				x		7,13		80		
52	65	x		x				7,98		98		
53	66	x		x					5,78	75		
54	80		x				x		6,47	73		
55	72		x		x			7,61		82		
56	72	x			x				6,11	96		
57	70	x			x				2,70	86		
58	84		x				x	8,08		81		
59	82	x					x	8,04		77		
60	87	x					x	8,52			56	
61	70		x	x					5,78	75		
62	73		x		x			7,52		101		
63	75	x				x			4,39	95		
64	72		x		x				6,26	79		
65	83		x				x		6,58	78		
66	68		x	x					5,88	73		
67	65	x		x					5,49		68	
68	66	x		x					6,23	75		
69	65	x		x					3,09	78		
70	81	x					x	6,85			69	
71	71	x		x				8,52		85		
72	78		x			x		6,98		78		
73	67	x		x					6,57	79		
74	74	x			x			8,18			64	
75	82	x					x	6,65		91		
76	82	x					x		5,97		65	
77	79		x			x			3,84	81		

78	65	x		x				8,41		89		
79	78	x				x		6,75			56	
80	65	x		x				8,31		72		
81	65	x		x					5,44	80		
82	70		x		x				5,97	74		
83	78		x			x			5,02	76		
84	75		x			x			6,34	85		
85	84	x					x		6,40		71	
86	85	x					x	6,62			69	
87	67	x		x					5,80	77		
88	78		x			x			6,20		67	
89	84	x					x	7,49		74		
90	74	x			x			7,67		101		
91	83	x					x		3,62	85		

11.9. Anexo 9: Tablas complementarias

Tabla 10. Calificación individual de los atributos del Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos)

Atributos de la atención	Calificación					
	Alta >6,6	Var.	DE	Baja <6,6	Var.	DE
Usabilidad	8,3	4,9	2,2			
Accesibilidad				6,3	2,5	1,6
Longitudinalidad	7,4	6,6	2,6			
Integración de cuidados				4	9,3	3
Sistemas de información				3	4,1	2
Servicios disponibles	7,7	4,3	2,1			
Servicios prestados	6,6	5,5	2,3			
Orientación Familiar	6,8	8,3	2,9			
Orientación Comunitaria				4	9,3	3
Competencia cultural				4,3	3,3	1,8

Fuente: Hoja de recolección de datos Cuestionario Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT – usuarios adultos)

Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

Tabla 11. Distribución según sexo y grupo de edad de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén

Grupo de edad	Sexo y grupo de edad					
	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
65-69	23	25,27	10	10,99	33	36,26
70-74	11	12,09	8	8,79	19	20,88
75-79	9	9,89	5	5,49	14	15,38
≥ 80	16	17,58	9	9,89	25	27,47
Total	59	64,84	32	35,16	91	100,00

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

11.10. Anexo 10: Proyecto de tesis



la

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA
TÍTULO**

**Percepción en atención primaria de salud y la calidad de vida de los
adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Belén - Loja**

Autora: Josselyn Antonieta Reyes Pinta

LOJA-ECUADOR

2022

1. Título

**Percepción en atención primaria de salud y calidad de vida de los adultos mayores
atendidos en el Centro de Salud Belén - Loja**

2. Problema de investigación

Durante varios años el acceso y la calidad de la atención primaria en salud se han catalogado como un problema dentro de los sistemas de salud pública alrededor del mundo, pero en especial se han concentrado dentro de los países en vías de desarrollo, de tal forma que los grupos más vulnerables son los más afectados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021):

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2021 la atención primaria en salud en varios países latinoamericanos constituye la base del sistema de salud público, pese a esto en los países latinoamericanos alrededor de una tercera parte de las personas (29,3%) reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso.

En nuestro país el ente encargado de administrar el sistema de salud es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MPS) el cual ejecuta diversos planes con la finalidad de garantizar servicios de salud a toda la población, en especial a la población más necesitada y vulnerable. Estas estrategias permiten realizar un seguimiento médico personalizado [...] el compromiso consiste en velar por el bienestar de los ecuatorianos más necesitados a pesar de que se encuentren en los rincones más alejados del país. (MPS, 2021)

El Plan Médicos del Barrio es una de estas estrategias que permite prestar APS en los hogares más necesitados del Ecuador, para llevarlo a cabo se requiere de personal capacitado que conforme grupos de trabajo, es así que los mismos se encuentra conformados por un médico general, una licenciada /o licenciado en enfermería, y un técnico en atención primaria de salud (TAPS) a los cuales se suma el apoyo de un médico especialista en atención en primer nivel (Médico Familiar Comunitario MFC o Médico General Integral MG), con el fin de poder derivar a centro de mayor especialidad si el caso lo amerita. (Delgado et al., 2021)

El MSP dentro del Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural del año 2021 menciona que los APS realiza un conjunto de acciones integrales de acuerdo a los grupos

de edad de la población, ejecutando prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. (MSP, 2021)

Entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%., en la actualidad, el número de personas de 60 años o más supera al de niños menores de cinco años. Para el 2050, el número de personas de 60 años o más será superior al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad, cerca del 65% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2021)

La calidad de vida de los adultos mayores dentro de nuestro país en los servicios de APS, el envejecimiento de la población mundial, es un fenómeno que marcará el siglo XXI. A global, cada segundo 2 personas cumplen 60 años y al momento existen 810 millones de personas en el mundo mayores de esa edad. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el Ecuador viven 1'310.297 de personas adultas mayores, lo que representan el 7.9% del total de la población. Según las proyecciones, para el año 2030, el total de la población económicamente inactiva adulta mayor en el país bordeará el 20%. (MIES,2021)

Con esta información se plantea la presente investigación, con el fin de responder a las siguientes preguntas:

Pregunta general

¿Cuál es el impacto de la atención primaria de salud en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén?

Preguntas específicas

¿Qué experiencia reconocen los adultos mayores durante la atención primaria de salud en el Centro de Salud Belén?

¿En qué nivel se encuentra la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén?

¿Cómo se relaciona la atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén?

3. Justificación

En nuestro país, el Código Orgánico de Salud aprobado en 2020 ampara la atención integral a las personas adultas mayores, es así que en el Capítulo II Normas Generales y Derechos, Sección III Derechos de las Personas, Familias y Comunidades en su Art. 23 menciona que, las personas adultas mayores tienen derecho a:

Recibir atención geriátrica y gerontológica integral de salud y adecuada a su condición, acceder a programas de promoción de la salud, educación para la salud y prácticas de vida saludable, orientadas entre otras cosas, a prevenir las enfermedades y discapacidades, favorecer el envejecimiento y la sexualidad saludable, fomentando la autonomía y el autocuidado; recibir información suficiente, clara y completa en cuanto a las decisiones médicas que les afecten.

Además, el mismo Código Orgánico de Salud hace referencia a la atención primaria de salud en su Título II Organización y Funciones del Sistema Nacional de Salud, Capítulo I Función de Rectoría, Sección II Modelo De Atención, Art. 50 Modelo de Atención.

El Sistema Nacional de Salud se organizará con un modelo de atención integral de salud, basado en la Atención Primaria de Salud, centrado en las necesidades de las personas, familias y comunidades; garantizará la prestación de servicios integrales, de calidad y la continuidad de la atención; propiciará la articulación intersectorial y la participación ciudadana, en todos los niveles de atención de forma eficiente, eficaz y oportuna; y el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de garantizar el derecho a la salud. Los prestadores del Sistema Nacional de Salud participarán de manera articulada y complementaria en la implementación del modelo de atención.

Por tal motivo el presente trabajo de investigación está dirigido a estudiantes y personal de salud quienes se encuentran íntimamente involucrados en la atención de pacientes dentro del APS, igualmente permitirá tener un indicio y una visión amplia de las deficiencias percibidas por los pacientes adultos mayores teniendo en consideración que esta es una población categorizada como vulnerable.

El presente tema corresponde a la tercera línea de investigación de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, enfocada a Salud-Enfermedad del Adulto y Adulto Mayor de la Zona 7, o Región Sur del Ecuador (Loja, Zamora, El Oro). Además, se encuentra dentro de las prioridades de investigación en salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, área 19: Sistema Nacional De Salud, línea 3 Atención primaria de Salud.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general.

Determinar el impacto de la atención primaria de salud en la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022.

4.2. Objetivos específicos.

- Identificar el tipo de experiencia de los adultos mayores que acuden a la atención primaria de salud según grupo de edad y sexo del Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022.
- Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores según grupos de edad y sexo que acuden al Centro de Salud Belén, durante el periodo junio - diciembre 2022
- Establecer la relación de la atención primaria de salud y la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Belén en el periodo junio - diciembre 2022.

5. Esquema del marco teórico

5.1. Atención primaria de Salud

5.1.1. Historia

5.1.2. Visión latinoamericana

5.1.3. Atención primaria de Salud en Ecuador

5.1.4. Funciones de atención primaria de salud

5.1.5. Principios en atención primaria de salud

5.2. Adultos mayores

5.2.1. El Adulto Mayor en Ecuador

5.2.2. Localización demográfica

5.2.3. Perfil epidemiológico

5.3. Calidad de vida

5.3.1. Salud y enfermedad

5.3.2. Indicadores de calidad de vida

5.3.2.1. Dolor.

5.3.2.2. Energía para la vida diaria.

5.3.2.3. Sueño y descanso.

5.3.2.4. Actividades de la vida diaria.

5.3.3. Componentes de Calidad de vida Relacionado con la vejez

6. Metodología

6.1. Área de estudio

El centro de Salud Belén forma parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, dentro de la red de salud pertenece la Coordinación zonal N° 7 Loja, Zamora Chinchipe y El Oro – Distrito 11D01. Geográficamente se encuentra dentro de la Parroquia el Valle en el Barrio Belén, tras la Gasolinera Abendaño, y dentro de su jurisdicción están los Barrios y sectores de Belén, Clodoveo Jaramillo, Purunuma, San Francisco de Borja, Alumbre y Consacola.

6.2. Tipo de estudio

El tipo de estudio que se utilizará para el presente trabajo de investigación será de tipo descriptivo de corte transversal observacional.

6.3. Enfoque de estudio

La presente investigación se realizará mediante un enfoque de tipo cuantitativo.

6.4. Universo

Pacientes adultos mayores que asistan al Centro de Salud Belén durante el periodo junio – diciembre 2022.

6.5. Muestra

Pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Belén durante el periodo junio – diciembre 2022 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

6.6. Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores de ambos sexos cuya edad haya sido verificada mediante su cédula de identidad.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que hayan firmado el consentimiento informado.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que asistan al Centro de Salud Belén en el periodo de junio – diciembre 2022.

6.7. Criterios de exclusión

- Personas adultas mayores de ambos sexos que no tengan las capacidades mentales adecuadas para ser sometidos a la aplicación de los cuestionarios.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que no hayan completado correctamente los cuestionarios.
- Personas adultas mayores de ambos sexos que se encuentren afiliadas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o tengan algún otro tipo de atención de salud privada.

6.8. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Cronología	Años cumplidos	Adultos mayores: <ul style="list-style-type: none"> • 65 a 69 años • 70 a 74 años • 75 a 79 años • 80 o más años
Sexo	Según la OMS (2018) “características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer”.	Biológica	Hombre Mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal
Atención Primaria de Salud	Según Duran et al (2021) la Conferencia de Alma-Ata definió a la APS como: Asistencia sanitaria esencial enfocada en métodos y tecnologías en las prácticas, fundamentada científicamente y aceptada socialmente, siendo del alcance de las familias de la comunidad, por medio de la participación, teniendo un costo que la comunidad y el país son capaces de sobrellevar en todas y cada una de las etapas, teniendo espíritu de auto determinación y de auto responsabilidad. (p.3)	Calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Primer contacto • Longitudinal • Coordinación • Integralidad • Enfoque familiar • Orientación comunitaria • Idoneidad cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Definitivamente sí (4) • Probablemente sí (3) • Probablemente no (2) • Ciertamente no (1) • No lo sé / no recuerda (9) Escala final de medición: <ul style="list-style-type: none"> • Alta • Baja

<p>Adultos mayores</p>	<p>Se denomina adulto mayor a las personas que tienen más de 60 años de edad, que por naturaleza han alcanzado rasgos que se adquieren desde un punto de vista biológico, social y psicológico, que van desde experiencias, circunstancias, entorno social y familiar. Por otro lado, la Constitución de la República del Ecuador en el Artículo 36, reconoce como adultos mayores a aquellos ciudadanos que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad; [...].</p>	<p>Calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades sensoriales • Autonomía • Actividades pasadas, presentes y futuras • Participación social • Muerte • Intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mediamente buena • Mala
-------------------------------	--	-------------------------------	---	---

7. Cronograma

TIEMPO	2021				2022																2023																											
	Octubre Noviembre Diciembre				Enero Febrero Marzo				Abril Mayo				Junio				Julio				Agosto Septiembr e Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo							
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión bibliográfica																																																
Elaboración del proyecto																																																
Proceso de aprobación del proyecto																																																
Recolección de datos																																																
Tabulación de la información																																																
Análisis de datos																																																
Redacción de primer informe																																																
Revisión y corrección de informe final																																																

8. Presupuesto y financiamiento

Los gastos que se utilizarán en la presente investigación serán financiados por el investigador. Los recursos que se emplearán en esta investigación se detallan a continuación.

Presupuesto y financiamiento del proyecto de tesis

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Pasaje bus	200	0,3	60
	Taxi	50	1,25	62,5
Alimentación	Almuerzo	50	3,5	175
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	resmas	6	4,5	27
Esferos y lápices	unidad	30	0,35	10,5
Impresiones a blanco/negro	hojas	300	0,02	6,00
Impresiones a colores	hojas	250	0,25	62,5
CD en blanco	unidad	4	1,25	5
Anillados	unidad	5	1,75	8,75
Empastados	Unidad	1	15	15
Mascarillas	Caja	5	3,5	17,5
Alcohol	Galón	2	8,5	17
CAPACITACIÓN				
Curso estadístico SPSS	unidad	1	50	50
EQUIPOS				
Computador	equipo	1	400	400
Impresora	equipo	1	200	200
Internet	mes	12	24	288
Tóner	frasco	4	6,5	26
Sub total				1430,75
(imprevistos 20%)				286,15
TOTAL				1144,6