

**La Importancia De La Adherencia al Programa En Enfermedades Crónicas En La
Unidad De Salud De Ibagué (USI) En El Periodo I-2024**

**Deisy Zoraima Rodríguez Lafaurie, Heylen Estefanía Villa Paternina y Angie
Carolina Zapata Correa**

Universidad Ean – Universidad Del Tolima

Especialización En Auditoría Y Garantía De La Calidad En Salud

Docente Fabian Gerardo Diaz Garzón

Ibagué - Tolima

Noviembre del 2024

Tabla de Contenidos

Resumen	6
Problema de Investigación.....	7
Pregunta de Investigación.....	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos.....	9
Justificación	10
1. Marco Teórico	12
1.1 Modelos y Componentes de los Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas	13
1.2 Programa de Enfermedades crónicas.....	14
1.3 Criterios de Inclusión.....	14
1.4 Valoración Inicial	14
1.5 Determinación de Factores de Riesgo y Clasificación del Riesgo Cardiovascular.....	15
1.6 Seguimiento.....	15
1.7 Metas del programa.....	15
2. Enfermedad Crónica	16
2.1 Definición.....	16
2.2 Hipertensión arterial.....	17
2.3 Diabetes Mellitus.....	17
3. Adherencia del Tratamiento en el Paciente.....	18
3.1 Generalidades.....	18
4. No Adherencia al Tratamiento del Paciente.....	19
4.1 Generalidades.....	19
5. Factores de Riesgo.....	19
5.1 Factores que influyen en la Adherencia.....	19
5.1.2 Factores Socioeconómico.....	19
5.1.3. Relacionados con el tratamiento.....	20
5.1.4. Relacionados con el paciente.....	21
5.1.5 Relacionado con la enfermedad.....	22

5.1.6. Relacionados con las instituciones de salud y/o profesionales de salud.....	22
6. Impacto en la economía de las enfermedades crónicas o no transmisibles en Colombia	23
7. Marco Institucional	25
7.1 Misión.....	25
7.2 Visión.....	25
7.3 Filosofía Institucional.....	26
7.4 Objetivo General.....	26
7.5 Estructura organizacional	26
8 Metodología.....	28
8.1 Primer nivel	28
8.1.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación	28
8.1.2 Definición de Variables.....	28
8.2 Población y Muestra.....	33
8.3 Segundo nivel	34
8.3.1 Selección de métodos o instrumentos para recolección de información	34
8.3.2 Técnicas de análisis de datos.....	34
9. Análisis y Discusión del Resultado	46
10. Consideraciones Éticas	48
11.Limitación del Estudio.....	49
12. Declaración de conflicto de interés.....	49
13. Presupuesto.....	49
14. Conclusiones.....	50
Lista de Referencias	52

Índice De Tabla De Encuesta De Paciente Y Profesionales

Figura 1. Distribución porcentual de la población, según la edad.....	35
Figura 2. Distribución porcentual de la población, según el género.....	36
Figura 3. Distribución de la población según la enfermedad crónica principal.3.....	36
Figura 4. Distribución porcentual de la población según el tiempo que fue diagnosticado con su enfermedad.....	37
Figura 5. Distribución porcentual de la población, si hace parte del programa de enfermedades crónicas.....	37
Figura 6. Distribución porcentual de la población, según el motivo por el cual no asiste a consulta de enfermedades crónicas.....	38
Figura 7. Distribución porcentual de la población, según la frecuencia de la información recibida sobre su enfermedad y tratamiento.....	38
Figura 8. Distribución porcentual de la población, según la frecuencia que reciben apoyo emocional de su familia.....	39
Figura 9. Distribución porcentual de la población, si tiene suficiente información sobre su enfermedad y su tratamiento.....	39
Figura 10. Distribución de la población, según los factores que influyen en su adherencia al tratamiento.....	40
Figura 11. Distribución porcentual de la población, si creen que el apoyo de su familia influye en la capacidad para seguir el tratamiento.....	40
Figura 12. Distribución porcentual de la población. Si Creen que la educación en salud que ha recibido influye en su capacidad para seguir su tratamiento.....	41
Figura 13. Distribución porcentual de la población de profesionales, según la edad.....	42
Figura 14. Distribución porcentual de la población de profesionales, según el género.....	42
Figura15. Distribución porcentual de la población de profesionales, según los años de experiencia en el área de la salud.....	43
Figura 16. Distribución porcentual de la población de profesionales, según capacitaciones específicas sobre el manejo de enfermedades crónicas.....	43
Figura 17. Distribución porcentual de la población de los profesionales, sobre la frecuencia con la que reciben capacitaciones o actualizaciones adicionales.....	44

Figura 18. Distribución porcentual de la población de los profesionales, sobre la utilización de guías clínicas o protocolos específicos para el manejo de enfermedades crónicas.....44

Figura 19. Distribución porcentual de la población, según la proporción de la educación en salud a sus pacientes con DM e HTA.....45

Figura 20. Distribución porcentual de la población, sobre la creencia que el apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento de sus pacientes.....45

Índice de tablas

Tabla. No.1 Variables Pacientes.....28

Tabla. No.2 Variables Profesional de salud..... 31

Tabla. No.3 Proyección de Presupuesto.....49

Índice de Anexos

Anexo 1. Encuesta aplicable a pacientes.....60

Anexo 2. Encuesta aplicable a personal de la salud.....62

Resumen

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte a nivel mundial, pudiéndose prevenir si se tratan los factores de riesgo conductuales y el estilo de vida, lo que permite tener un control adecuado de su patología y seguimiento. La no adherencia al programa de enfermedades crónicas conlleva el aumento de complicaciones lo cual traduce en mayor hospitalizaciones, fracasos terapéuticos y costos sanitarios, generando un gran impacto en la atención en salud pública.

Palabras claves: Enfermedades crónicas, adherencia al tratamiento, factores de riesgo, hipertensión, diabetes mellitus, consecuencias socioeconómicas.

Problema de investigación

La adherencia al programa de enfermedades crónicas, o inclusive a los esquemas terapéuticos impone sin duda un reto inmenso en nuestro sistema de salud, si bien esta influenciado por múltiples factores, los relacionados con la percepción del paciente o la conciencia de enfermedad del mismo tiene un impacto significativo en el control de su patología o en el deterioro progresivo de la misma. Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, no solo repercute en el gasto de medicamentos que no consume, sino también en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada en caso de ser trabajador y la afectación a la productividad de su puesto de trabajo. (Casa, M et al., 2012)

La (Organización Mundial de la salud, s, f) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo, es decir tomar la medicación de acuerdo con la dosis, el programa prescrito y la persistencia de tomar la medicación a lo largo del tiempo. Incluye también la modificación de los hábitos de alimentación sino otras conductas de estilos de vida saludables. Existen 5 factores que influyen en la adherencia terapéutica: 1. Socioeconómico, 2. Relacionados con el tratamiento, 3. Relacionados con el paciente, 4. Relacionado con la enfermedad, 5. Relacionados con el equipo sanitario. El incumplimiento de tratamiento y programas en los pacientes crónicos, es significativamente alto incluso en países desarrollados representando así el 50%, lo cual incide en el aumento de los padecimientos crónicos y el riesgo de complicaciones, la adherencia no solo hace referencia al cumplimiento del tratamiento prescrito sino el inicio, la implementación y la interrupción del mismo. (García V., 2019).

La finalidad de realizar este estudio con enfoque cuantitativo de alcance correlacional y explicativo, con un diseño metodológico de tipo no experimental transversal, se fundamenta en determinar cuáles son las principales causales que influyen tanto directa como indirectamente en la no adherencia al programa de enfermedades crónicas en la unidad de salud de Ibagué (USI), mediante la aplicación de encuestas en una muestra de 110 pacientes de manera aleatoria en consulta externa, y la participación de 20 profesionales de la salud a través de la evaluación de adherencia a las guías de enfermedades crónicas.

Una vez realizado el diagnóstico, la clasificación del riesgo cardiovascular y determinado los factores predisponente, se inicia el tratamiento respectivo de forma individualizada, se establecen metas del programa y se plantean tratamiento no farmacológicos a seguir, dichas metas deben ser monitorizadas de acorde a su riesgo cardiovascular, al no tener un seguimiento oportuno y adecuado, esto aumenta significativamente las complicaciones derivadas de dichas patologías e inclusive la muerte, es de ahí donde se deben implementar estrategias tanto para los pacientes como para el personal de salud, fortaleciendo la importancia de estos tratamientos no farmacológicos con el fin de mejorar la adherencia al programa de crónicos disminuyendo el gasto de recursos y su costo-efectividad.

La educación es una herramienta esencial que permite a las personas tomar un rol activo en cambiar sus conductas para promover la salud, generando un impacto duradero. No solo aumenta el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, sino que también mejora su calidad de vida al involucrarlos en su tratamiento, lo que a su vez mejora la adherencia. Las estrategias educativas se han utilizado para aumentar el conocimiento en diversas patologías, mejorando la adherencia a tratamientos específicos y mostrando mejoras significativas en el conocimiento sobre la enfermedad renal tras una intervención. (Rodríguez Ramos, J. F., & Herrera Miranda, G. L. 2022).

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores que influyen en la mala adherencia por parte de los pacientes al programa de enfermedades crónicas en la unidad de salud de Ibagué (USI), en el periodo I-2024?

Objetivo general

Identificar cuáles son los factores que influyen en la mala adherencia por parte de los pacientes al programa de enfermedades crónicas en la unidad de salud de Ibagué (USI), en el periodo I-2024

Objetivos específicos

Clasificar las barreras existentes que influyen en la continuidad de las atenciones en salud en pacientes crónicos.

Explicar el impacto que tiene el apoyo familiar y social sobre la adherencia del paciente al programa.

Explicar el impacto de la educación en salud y apoyo asistencial a la adherencia del programa.

Identificar la adecuada adherencia por parte del personal de salud a los protocolos institucionales del programa de enfermedades crónicas.

Relacionar si el ingreso al programa de enfermedades crónicas y la continuidad del seguimiento influyen en la no adherencia al mismo.

Justificación

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) han aumentado considerablemente en los últimos años en Colombia convirtiéndose en un problema de salud pública, lo cual se refleja en un aumento de la carga financiera para el sector salud. (Banco de la república, 2023).

En la actualidad, la enfermedad isquémica cardiaca, el accidente cerebro vascular, la diabetes y la enfermedad hipertensiva ocupan los puestos 1°, 3°, 8° y 9° dentro de las diez principales causas de mortalidad, siendo la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus una de las principales causales de morbilidad en consulta externa a nivel de Colombia y que representan un costo significativo en el sistema de Salud. (Ministerio de protección social, s, f).

De acuerdo con información de la Federación Internacional de Diabetes, hoy en día, uno de cada 10 adultos en el mundo tiene diabetes, lo que hace que el gasto en salud mundial se previera en USD 966.000 millones para el 2021 (Miksi, S. 2022).

De acorde a los datos de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud de Colombia en 2015, 3.133.507 personas tuvieron Hipertensión Arterial en Colombia, lo que sugiere que, de cada 100 personas entre 18 y 69 años, ocho refieren haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas. (Manrique, F et al.,2017).

Según Miksi, S. (2022) describe que en el trabajo de Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, en 2017 el Observatorio de la Seguridad Social del Grupo de Economía de la Salud – GES de la Universidad de Antioquia, proyecta el gasto total en salud entre 2030 y 2040 encontrando que para los países de nivel alto de ingresos será de 12,5 y 13,1% respectivamente; para los países de ingresos bajos será de 6,6 y 6,7% respectivamente; para Colombia el gasto total en salud será de 7,8% del PIB en 2030 y 8,5% en 2040.. (GES, 2017, como citado en Miksi, S. 2022).

Las enfermedades crónicas se vinculan con síntomas de incapacidad, lo cual genera mayor grado de dependencia y aumenta el tiempo del cumplimiento de las medidas terapéuticas.

Depende de cada paciente aprender a vivir con dicha condición y adaptarse a los regímenes establecidos, esto repercute en la autopercepción del paciente afectando el autoconcepto, siendo un estímulo estresor que afecta la condición física y emocional de las personas. (Rodríguez, M. del R. Z., & Whetsell, M. V. 2007).

Considerando el impacto de las complicaciones de las enfermedades crónicas en la calidad de vida de los pacientes, el aumento del diagnóstico en adultos jóvenes, y el esfuerzo ejercido en la implementación de rutas de atención integral en salud para la prevención, promoción y mantenimiento con énfasis en el programa de riesgo cardiovascular, surge la necesidad de realizar esta investigación con el fin de identificar cuáles son los factores que influyen en la mala adherencia por parte de los pacientes al programa de enfermedades crónicas en la unidad de salud de Ibagué (USI), en el periodo I -2024.

Tras identificar los múltiples factores que influyen en la problemática de adherencia a tratamientos y el impacto en los costos sanitarios derivados de las complicaciones asociadas, analizamos una muestra de la población con diagnóstico de hipertensión arterial, y diabetes mellitus, con el objeto de comprender desde el punto de vista del paciente cuáles son sus limitaciones para crear conciencia de enfermedad y adherirse a un régimen establecido y cómo influye la educación y orientación por parte de los profesionales de la salud en dicha adherencia.

A partir de la filosofía institucional de la Universidad EAN que se encuentran enmarcados en los lineamientos institucionales donde establecen diferentes procesos de investigación nuestro trabajo corresponde a el campo de investigación de Ciencia tecnología e innovación; el grupo de investigación en salud, y línea de investigación de gestión en salud y salud colectiva.

1.Marco Teórico

Las enfermedades crónicas o no transmisibles representan un desafío significativo para los sistemas de salud a nivel global y en nuestro país. En Colombia, en los últimos años, hemos observado un aumento acelerado de pacientes con diagnóstico de estas patologías, incluso en personas jóvenes. Anteriormente, estas enfermedades solían ser más comunes en pacientes ancianos o adultos mayores de 55 años. Sin embargo, debido a los cambios rápidos en nuestros estilos de vida, han tenido un impacto negativo en su desarrollo. (Organización Panamericana de la salud, s, f). Aspectos como una dieta poco saludable, la falta de ejercicio, el consumo de alcohol, el tabaquismo, la ansiedad y el estrés, junto con una percepción alterada de la obesidad como una forma de bienestar en mujeres de talla grande, han desempeñado un papel importante en el aumento de la prevalencia de estas enfermedades. (Observatorio nacional de salud, 2015).

Según el (Ministerio de protección social, s, f) La hipertensión arterial y la diabetes mellitus suelen ser asintomáticas al principio, lo que puede retrasar el diagnóstico oportuno y la prevención de complicaciones y secuelas. La hipertensión arterial es uno de los diagnósticos más frecuentes en el sistema de salud, y las personas con esta afección tienen de 2 a 4 veces más riesgo de desarrollar enfermedades coronarias y de 10 a 20 veces más riesgo de enfermedades cerebrovasculares. Por otro lado, la diabetes mellitus se encuentra entre las 5 principales causas de muerte y las 10 principales razones de consulta en adultos; por ende, lograr crear conciencia de enfermedad en este tipo de paciente y asegurar la adherencia a un seguimiento continuo, impone un desafío enorme ante múltiples factores tanto sociales, económicos, culturales y educativos. (Araya, M, 2004).

El aumento de estas enfermedades tiene un efecto directo en los gastos del sistema de salud. Esto se debe no solo a los costos de tratamientos y medicamentos, sino también al crecimiento de la población afectada por estas condiciones médicas simultáneas. Como resultado, surge un desafío en la gestión eficiente de los recursos financieros del sector. (Banco de la república, 2024).

De acuerdo al (Ministerio de protección social, s, f) se implementó una guía pedagógica fundamentada en la evidencia disponible tanto a nivel nacional e internacional en donde se crea una herramienta para implementar programas y estrategias de gestión de enfermedades crónicas.

1.1 Modelos y Componentes de los Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas

El “Modelo de Atención a Crónicos” (The Chronic Care Model, CCM) desarrollado por Ed Wagner 1998 y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EEUU, constituye la referencia internacional más importante para el desarrollo de Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas. A partir de este modelo ha surgido el Modelo de Atención a Crónicos, expandido, desarrollado en Canadá y el perfil de Atención Innovadora para las condiciones crónicas que promueve la OMS. (Vivas, D et al., 2012).

Dentro de este marco, el CCM determina que existen 6 elementos fundamentales que se relacionan entre sí y hacen parte de la clave del logro durante la atención a pacientes crónicos.

Éstos son: 1- Organización del sistema de atención de salud. 2-Relaciones con la comunidad. 3-. Apoyo y soporte del auto cuidado. 4-Diseño del sistema de servicios de salud 5- Apoyos para la toma de decisiones. 6-Sistemas de información clínica. (Vivas, D et al., 2012).

El modelo de atención a crónicos ampliamente distribuido a nivel mundial se enfoca principalmente en el ámbito comunitario y fortalece la prevención y promoción de la salud. El modelo Atención innovadora de las condiciones crónicas, adaptado por la OMS, añade políticas de salud, enfatiza en el uso de los recursos y servicios de salud disponibles en un contexto geográfico y poblacional concreto. (Camargo, D et al.,2013).

El principal objetivo del modelo de atención de programa de enfermedades crónicas (exclusivamente el de hipertensión arterial y diabetes), es brindar servicios de salud de calidad para satisfacer las necesidades de sus pacientes y la prevención de complicaciones a futuro. Todo esto se hace a través de la implementación de protocolos, guías y planes, que proporcionen servicios de atención médica integrales y de alta calidad. (Beltrán, D et al., 2022).

Según el documento de (An Analysis of the Literature on Disease Management Programs 2004), el impacto de un Programa de gestión de enfermedades, tiene 4 implicaciones fundamentales: 1-Incluir los costos administrativos del programa junto con el costo de la identificación de la población objetivo, los pacientes inscritos en el programa y los servicios de intervención proporcionados. 2-Analizar todas las formas de gasto en salud y relacionarlas con la enfermedad, incluyendo la reducción de gastos hospitalarios e ingresos a urgencias.

3- El pago de las consecuencias no deseadas de las intervenciones, dado que los errores en el proceso que identifica los individuos para el programa son inevitables, así como los “falsos positivos”. 4-Incluir tratamientos adicionales: que pueden derivar de las complicaciones y efectos secundarios y costeo de otras condiciones de salud. (Pinzón, E et al., 2016).

1.2 Programa de Enfermedades crónicas

Está diseñado para la caracterización, evaluación, clasificación, manejo, control y seguimiento de pacientes con antecedente previamente identificado de una enfermedad crónica o no trasmisible, principalmente hipertensión arterial y diabetes Mellitus, como patologías con mayor riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

1.3 Criterios de Inclusión

Según la (guía de Atención de hipertensión y Diabetes del Ministerio de Salud, s.f) la población objeto de dicho programa son todos los pacientes mayores de 18 años, sin importar género, afiliados al sistema de salud sea contributivo o subsidiado, que tenga diagnóstico establecido de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. No incluye en este programa aquellos pacientes en sospecha de prehipertensión, en estudio de hipertensión, sospecha de diabetes, alteración de los hidratos de carbono o aquellos que tengan alto riesgo de desarrollar diabetes o hipertensión de acorde a sus factores de riesgo.

1.4 Valoración Inicial

La consulta clínica inicial del paciente diabético e hipertenso, es realizada por Medicina General, debe orientar la clasificación del grado de hipertensión Arterial y tipo de Diabetes mellitus, además busca realizar una historia clínica completa. (GPC, 2013, 2015)

-Si el usuario ya ha sido manejado por la patología además de lo anterior registrar la historia de educación, revisión de tratamiento previo (tipo de medicamentos y adherencia), récords de HbA1c y/o glicemia, episodios de hipoglicemia, episodios de cetoacidosis diabética, control ambulatorio de tensión arterial, ingresos a urgencias por descompensación de sus patologías. (GPC, 2013, 2015)

Se requiere la realización de laboratorio para descartar alteraciones asociadas de la diabetes e hipertensión arterial o lesión de órganos blancos y definir además factores de riesgo cardiovascular. Dichos laboratorios tienen un seguimiento: al inicio del programa, a los 3 meses en casos de diabetes si se está modificando el tratamiento, a los 6 meses y anual. Dentro de los cuales encontramos Perfil Lipídico completo, Uroanálisis Microalbuminuria, Relación Albuminuria/Creatininuria, Creatinina Sérica (cada 6 meses) Hemoglobina glicosilada y Glicemia En Ayunas (cada 3 a 6 meses de acorde a control). Electrocardiograma cada 12 meses. Y el direccionamiento para valoración inicial de Optometría u Oftalmología para tamizaje de retinopatía hipertensiva o diabética, Medicina Interna o Medicina Familiar de acuerdo al riesgo cardiovascular, Nutrición, Odontología y Psicología. (GPC, 2013, 2015)

1.5 Determinación de Factores de Riesgo y Clasificación del Riesgo Cardiovascular

Los factores de riesgo son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular arterioesclerótica. Estos pueden ser modificables donde se incluye: obesidad, sedentarismo, hiperlipidemias, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, estrés, y no modificables como el género, la edad, herencia y antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular. La estratificación del riesgo cardiovascular se establece a partir de las cifras tensionales y los factores de riesgo encontrados. Esta se clasifica en 4 grupos: riesgo bajo, moderado, alto y muy alto. (GPC, 2013, 2015).

1.6 Seguimiento

Se realizará de acorde al riesgo cardiovascular del paciente es decir cada 2 meses valoración por medicina general si este es muy alto, cada 3 meses si el riesgo cardiovascular es alto, cada 6 meses en riesgo cardiovascular moderado y/o bajo. Las pruebas paraclínicas cada 3 meses en caso de diabetes en mal control metabólico y cada 6 meses en pacientes controlados, se utilizarán para el cálculo de riesgo cardiovascular aplicación de la metodología Framingham, la estratificación renal según la Estimación del filtrado glomerular MDR / CKD-EPI, y la clasificación metabólica de acorde al Índice de Masa Corporal. (GPC, 2013, 2015).

1.7 Metas del programa

El logro de las metas programadas debe ser de manera paulatina e individualizada, dado que dependen de los factores asociados tanto cardiovasculares como renales, no supra normalizando los parámetros de control metabólico en esta población, no exceder las medidas farmacológicas y reforzar en cada encuentro los cambios terapéuticos y principalmente los estilos de vida saludables. (GPC, 2013, 2015).

2. Enfermedad Crónica

2.1 Definición

Según la (Organización Mundial de la salud, s, f) define como enfermedad crónica “enfermedades de larga duración y generalmente progresión lenta”. Además, para ser consideradas como crónicas se ha establecido que tienen que estar presentes al menos durante 3 meses.

Tiene múltiples etiologías, sin embargo, no están relacionadas o asociadas a procesos infecciosos con algunas excepciones, su desarrollo es poco predecible. (Ardila, 2018).

Dentro de las enfermedades crónicas más comunes se describen la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus, las hiperlipidemias, el sobrepeso y la obesidad, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica, actualmente, también se incluye en esta categoría de enfermedades crónicas el HIV/sida.

Según las estadísticas del Instituto Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia la mortalidad por dichas enfermedades, especialmente por enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes mellitus, está por encima de la ocasionada por homicidios y accidentes.

De acuerdo al Ministerio de Salud y la Dirección General de Promoción y Prevención (SF) la Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo). Y la Diabetes Mellitus se calcula que en el país hay aproximadamente 2 millones de personas con dicho diagnóstico de las cuales la gran mayoría son tipo 2. Por lo tanto, estas 2 patologías se convierten en un problema de salud pública que debe ser manejado en todos los niveles de atención y con estrategias de prevención en todas sus etapas.

2.2 Hipertensión arterial

Según (American Heart Association, 2024) define como hipertensión arterial o tensión arterial alta cuando la presión arterial sistólica (PAS) es ≥ 130 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 80 mmHg, que permanece alta con el tiempo.

La hipertensión arterial, se considera una enfermedad silenciosa, es decir la gran mayoría de pacientes cursa sin síntomas y es diagnosticada de manera incidental en consultas, procesos quirúrgicos o en manejo en salas de urgencias, rara vez ocurre de manera aislada y a menudo se relaciona con otros factores de riesgo, como tabaquismo, inactividad física, alimentación inadecuada, dislipidemia, intolerancia a la glucosa y obesidad. (Araya, M, 2004). Estos

constituyen los principales factores de riesgo en la génesis de las enfermedades cardiovasculares, y de ahí su complejidad y la necesidad de manejo integral y control. (Regino, Y et al., 2021).

2.3 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus se refiere a un grupo de enfermedades que afecta la forma en que el cuerpo utiliza la glucosa en la sangre. Los síntomas de la diabetes dependen principalmente del grado de descompensación de la misma o el tipo de diabetes que se presente, por lo general las personas no presentan síntomas con excepción de la diabetes tipo 1, los síntomas tienden a aparecer rápido y a ser más intensos. Los síntomas que suelen presentarse encontramos la poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso involuntaria, infecciones a repetición y demora en la cicatrización de heridas. (Mayoclinic,2024).

En la última actualización (American Diabetes Association, 2023) nos indican que existen varias formas de diagnosticar la diabetes, dentro de ellas estipula la realización de la hemoglobina glicosilada, el cual determina los niveles de hiperglicemia en los 2 o 3 últimos meses, y nos establece unos rangos para determinar normalidad menos del 5,7% Prediabetes 5,7% y 6,4% y Diabetes con un valor igual 6,5% o más. El valor de glucosa en ayunas, con rangos normales glucosa menor de 100 mg/dl, prediabetes \geq a 100 mg/dl y $<$ de 126 mg/dl, y rangos de diabetes \geq a 126 mg/dl, el valor de glucosa plasmática de 2 horas (PG de 2 horas) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO) de 75 g rangos normales glucosa menor de 140 mg/dl, prediabetes \geq a 140 mg/dl y $<$ de 200 mg/dl, y rangos de diabetes \geq a 200 mg/dl o con un valor de glucosa aleatorio mayor de 200 mg/dl acompañado de los síntomas y/o crisis hiperglucémicas.

3. Adherencia del Tratamiento en el Paciente

3.1 Generalidades

Se refiere a la forma como el paciente afronta las normas o consejos impartidos por el médico o el equipo de salud, que incluye tanto los cambios en los hábitos o estilos de vida, como el tratamiento farmacológico prescrito, traduciéndose así como el grado de sincronía entre las indicaciones impartidas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por parte del paciente. (Casa, M et al., 2012).

La adherencia terapéutica es un aspecto crucial en la conducta humana, y se relaciona directamente con la salud y el compromiso del cuidado y mantenimiento del bienestar. De hecho, la adherencia al tratamiento se expresa de múltiples maneras y no se limita únicamente al cumplimiento de los esquemas terapéuticos. (Libertad,2006).

4. No Adherencia al Tratamiento del Paciente

4.1 Generalidades

Hace referencia al no cumplimiento de esquemas, indicaciones o régimen establecidos. Se puede expresar de varias formas dentro de las cuales encontramos: las dificultades para iniciar el tratamiento, la supresión precoz o el abandono, el no cumplimiento de indicaciones (como errores en el uso de medicamentos), inasistencia a consultas médicas, el no cambio de los hábitos y estilos de vida necesarios para mejorar la enfermedad, y por último con un impacto significativo la automedicación. (Silva., Galeano, E., et al,2012)

5. Factores de Riesgo

Los factores de riesgo hacen mención a la predisponen de desarrollo de enfermedades crónicas, los cuales se asocian con comportamiento o conductas modificables como lo son: el tabaquismo, el consumo de sustancias psicoactivas, el sedentarismo, el consumo excesivo de alimentos poco saludables, y el uso nocivo de alcohol, los cuales aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad no transmisible. (OMS, 2023)

5.1 Factores que influyen en la Adherencia

La (Organización Mundial de la salud, 2024) describe que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo y existen múltiples factores que predisponen a los mismos. La no adherencia reduce los beneficios de los tratamientos, aumenta el riesgo de complicaciones y por ende induce a la medicación de manera errónea a dosis más altas de tratamientos que inclusive no son necesarios en el momento. A continuación, describimos los factores más relevantes:

5.1.2 Factores Socioeconómico

La posición socioeconómica sin duda es un determinante importante de la salud cardiovascular ideal en la población hispana/latina independiente de la edad. (Filigrana, P, et al., 2024).

El estado socioeconómico juega un papel fundamental en la adherencia el cual se incluye: niveles de pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, la falta de red de apoyo social y/o familiar, la inestabilidad de vivienda, la limitación para el acceso a centros de salud, costo del traslado, el precio elevado de medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento, afectando así de manera negativa en la adherencia tanto farmacológica como no farmacológica en enfermedades crónicas. (Piedrahita, et al., 2012)

Según (Guadamuz, 2021) la inmigración se ha convertido en un factor socioeconómico que tienen más probabilidades de experimentar la pobreza, vivir en comunidades desatendidas y segregadas, tener un acceso limitado a la atención médica y ser excluidos de los programas de asistencia social.

5.1.3. Relacionados con el tratamiento

La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas es mediada por múltiples causales, dentro de las cuales podemos destacar la polimedicación, esquemas de tratamiento complejos y de difícil comprensión para el paciente, la dependencia de otros para la administración de medicamentos (como el caso de insulinas o anticoagulaciones) y el desconocimiento sobre la dosificación exacta. Además, la percepción del paciente sobre el medicamento es relevante, especialmente, cuando estos deben ser restringidos o vigilados por influenciar en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Depende también del tipo de medicamento. En resumen, la adherencia es mucho mayor en caso de medicamentos que son usados para patológicas cardíacas y endocrinas, dado el miedo que se ejerce en el incumplimiento de los mismos por el riesgo de muerte o complicaciones, lo que contrasta con la baja adherencia a los medicamentos psiquiátricos dado los múltiples efectos secundarios que generan los mismos, llevando así al abandono del tratamiento (Mendoza, R, 2021).

La (American Diabetes Association, 2023) fue una fuerza impulsora detrás de varios logros políticos para la equidad en salud: principalmente relacionado con la Asequibilidad de la insulina, y está trabajando para garantizar que todas las personas con diabetes tengan acceso a la atención que necesitan y al manejo adecuado de su patología, dado que el desabastecimiento de la medicación para enfermedades crónicas y el costo excesivo de estos medicamentos ejercen un impacto negativo dado por el aumento de complicaciones de manera temprana para los paciente que día a día conviven con patologías crónicas.

5.1.4. Relacionados con el paciente.

Según (Silva, G., et al,2005) los pacientes tienden a adaptarse a síntomas leves o enfermedades asintomáticas, generando una mayor adherencia a los tratamientos y una mejor expectativa a la respuesta terapéutica, sin embargo, muestran poco interés en los tratamientos que son indicados con carácter preventivo. Hay factores como la edad y la presencia de otras enfermedades, especialmente neurológicas, pueden influir en el olvido o la doble administración de medicamentos. Además, limitaciones visuales o auditivas, falta de interés en su enfermedad o poca información sobre la misma también afectan la adherencia al tratamiento.

Los pacientes con deterioro cognitivo enfrentan dificultades para seguir regímenes de medicación complejos, especialmente debido a la presencia de otras enfermedades asociadas. Esto incrementa las barreras para la adherencia al tratamiento, como vivir solos, tener problemas para programar la administración de medicamentos, usar medicamentos inapropiados o ser poco cooperativos. (García Valle, S. 2020).

Es importante resaltar el concepto de autoeficacia, que se relaciona con capacidad y disposición de las personas para modificar las conductas comportamentales inapropiadas, especialmente en adquirir nuevos conocimientos e instaurar conductas de carácter preventivo y el manejo de enfermedades crónicas. Una de estas conductas se asociada a estados de ánimos positivos, lo que mejoran las condiciones de salud y disminuye los síntomas psicológicos y por ende aumenta la adherencia Por otro lado, una baja autoeficacia se relaciona con niveles más altos de estrés, alteraciones afectivas y más síntomas debido a complicaciones, lo que lleva a un

pobre cumplimiento de los regímenes terapéuticos. La falta de conciencia sobre la enfermedad es un factor clave que puede influir negativamente en las enfermedades crónicas. (Reyes, E., et al, 2016).

5.1.5 Relacionado con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad dependen de la naturaleza de la misma, el inicio o la agudización de sus síntomas, la severidad de la enfermedad y en la capacidad de producir discapacidades tanto físicas, psicológicas y /o social, en todo lo que requiera para su control y manejo, y considerando que por lo general las enfermedades crónicas en su inicio son de carácter asintomático generan poco interés por parte de los pacientes para el manejo adecuado de ellas. (Piedrahita, M. C., et al, 2012).

Según (Torres Saldaña, A et al, 2019) resalta la importancia de los factores psicológicos, y el papel que tienen en la mala adherencia farmacológica principalmente relaciona con patologías como estrés, ansiedad y la depresión. Los pacientes deprimidos y sus familiares deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento terapéutico, ya que la falta de conciencia de enfermedad empeora en gran medida la calidad de vida del paciente y de los que le rodeas.

Los pacientes con enfermedades crónicas tienen la probabilidad de desarrollar de dos a cinco veces más alguna afección psicológica siendo la depresión la más común, a diferencia de aquellos que no poseen enfermedades crónicas, esta probabilidad aumenta con las comorbilidades asociadas. El problema radica en los pacientes con trastorno depresivo en quien se ve comprometido su comportamiento, afectando así la adherencia y autocuidado con respecto al tratamiento y actitudes frente a la prevención de estas enfermedades. (Barrutia, I et al, 2022).

5.1.6. Relacionados con las instituciones de salud y/o profesionales de salud

El pilar de todo tratamiento médico sin duda es la relación que se establece Médico-paciente, el cual tiene una influencia en la adherencia a los esquemas terapéuticos, y ejerce un papel significativo relacionado con la forma como el paciente comprende la información básica

que se le brinda sobre la enfermedad, los síntomas que se pueden presentar, la forma de prevenir las complicaciones y los tratamientos para su control. (Trujano, S; Ve, et al, 2011).

La adherencia a guías de prácticas clínicas, el conocimiento de las enfermedades crónicas, el diagnóstico de patologías crónicas menor a 5 años, la exclusividad del personal de salud al manejo de dichos programas, el tiempo de calidad invertido en cada intervención clínica, la empatía por parte del profesional y el lenguaje usado durante la educación, tiene una buena respuesta por parte del paciente a la hora de adherirse al programa. (Cruz, J, MD. et al, 2023).

(Trujano, R. & Vega, Z, 2011) encontraron que la percepción de los pacientes al ser atendidos en una institución pública o privada ejerce una influencia sobre la conducta adherente, radica que al recibir atención en instituciones privadas representa mayor gasto monetario y al mejorar sus síntomas evitaban volver a controles, a diferencia de las instituciones públicas que no representan un mayor gasto económico.

6. Impacto en la economía de las enfermedades crónicas o no transmisibles en Colombia

Pese que en Colombia existen normas que exigen el cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de salud de programas de promoción y prevención de enfermedades de interés pública que incluye la hipertensión y diabetes, el esfuerzo realizado es significativamente bajo y los indicadores demuestran que la incidencia de dichas patologías crónicas va en aumento, y su cobertura es baja. Sin embargo el costo que genera tanto la hipertensión y diabetes, en el sistema de salud está representado en las complicaciones que se generan de la misma, que incluyen no solo consultas a especialidades como medicina familiar, medicina interna, oftalmología, cardiología o nefrología, sino también relacionado con áreas a fines nutrición, psicología, odontología, programa de crónicos, paraclínicos solicitados, cobertura de hospitalizaciones por descompensaciones, insumos usados principalmente en diabetes y el coste de la medicación. Se suma los gastos al paciente representado en transporte, la cuota moderadora, los medicamentos que no dispensan las farmacias y las fotocopias. (Gallardo, K, Benavides, F et al., 2016).

Los costos de un programa de atención primaria para el manejo de la hipertensión arterial en Javesalud IPS de la ciudad de Bogotá, según los datos recopilados en este estudio los costos asumidos para prestar los servicios a la población hipertensa activa, acorde a los datos del año 2022 la suma total del costo de las consultas y los laboratorios para la población hipertensa es \$825.912.999 en 5.293 pacientes, es decir una frecuencia de uso anual de 11,330 y una frecuencia mensual 0,944; También se observa que el 76% de este valor, equivalente a \$625.440.600, corresponde a los gastos relacionados con las consultas médicas y el 24% restante, que equivale a \$200.472.399, se destina a los costos de los laboratorios. (Beltrán, D et al., 2023).

Según el último estudio emitido por (el Instituto Wifor, en 2024), sugiere que en Colombia las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, migraña y diabetes son responsable del 30.5 % del total de Años de Vida Ajustados por Discapacidad y le cuestan a la economía del país 10,8 mil millones de dólares, lo que representa el 3.0 % del PIB.

7. Marco Institucional

La Unidad de Salud de Ibagué USI - E.S.E está ubicada en el centro-occidente de Colombia, sobre la Cordillera Central de los Andes, entre el Cañón del Combeima y el Valle del Magdalena, en cercanías del Nevado del Tolima, en la capital del departamento de Tolima. Se reencuentra a una altitud de 1285 msnm. El área de influencia cuenta con 21 Centros de atención para la prestación de servicios en salud distribuidos, en las 13 comunas de la zona urbana (402 barrios) del municipio de Ibagué y en la zona rural conformada por 17 corregimientos, 144 veredas y 14 inspecciones; también cuenta con 4 unidades intermedias en las cuales se prestan servicios como urgencias y hospitalización (USI, 2020).

Su modelo de servicios, está orientado hacia el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria incluida en los convenios y contratos, de acuerdo con la capacidad instalada, estructura organizacional y ubicación dentro del municipio de Ibagué, que permita responder adecuadamente a las expectativas del usuario y su familia, en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, integralidad y pertinencia. Además, se consideran los cambios generados desde el sector que produzcan cambios en el Sistema General de seguridad Social en Salud, que incidan en el funcionamiento y en la prestación de los servicios de salud. (USI, 2020)

7.1 Misión

Somos una Empresa Social del Estado, prestador público del componente primario del Municipio de Ibagué, con una extensa red de servicios en el área rural y urbana. Ofrecemos atención integral, humanizada, con calidad y seguridad; fortalecidos en la promoción, prevención y mantenimiento de la salud; contribuyendo a mejorar la salud del individuo, la familia y la Comunidad; contando con talento humano altamente capacitado, comprometido y propiciando espacios para la articulación de la docencia e Investigación en los servicios de salud. (USI, 2020)

7.1 Visión

Como prestador público del componente primario en el Municipio de Ibagué, para el año 2025 proyectamos alcanzar una cobertura del 80% de las necesidades en salud de nuestros

usuarios, centrados en lograr la atención integral en salud, de la persona, la familia y la Comunidad, fortalecidos con procesos de responsabilidad social, docencia e investigación. (USI, 2020)

7.3 Filosofía Institucional

Nuestra filosofía Institucional está comprometida con la sociedad de nuestro Municipio, a unir esfuerzos individuales y colectivos para ofrecer servicios en salud, que permita a nuestros usuarios, sus familias y a la comunidad en general mejorar sus condiciones de vida, preservándola y recuperándola, con la responsabilidad de promover los mecanismos que garanticen la calidad en la atención en salud, haciendo sentir a nuestros usuarios y a quienes los rodean confiados plenamente del personal que en nuestra institución labora y al alcance de los recursos de todo orden movilizados a su servicio, amparados siempre en la filosofía del mejoramiento continuo y bajo los principios corporativos básicos de equidad, compromiso, responsabilidad, honestidad, confidencialidad y respeto por la condición social del ser humano. (USI, 2020)

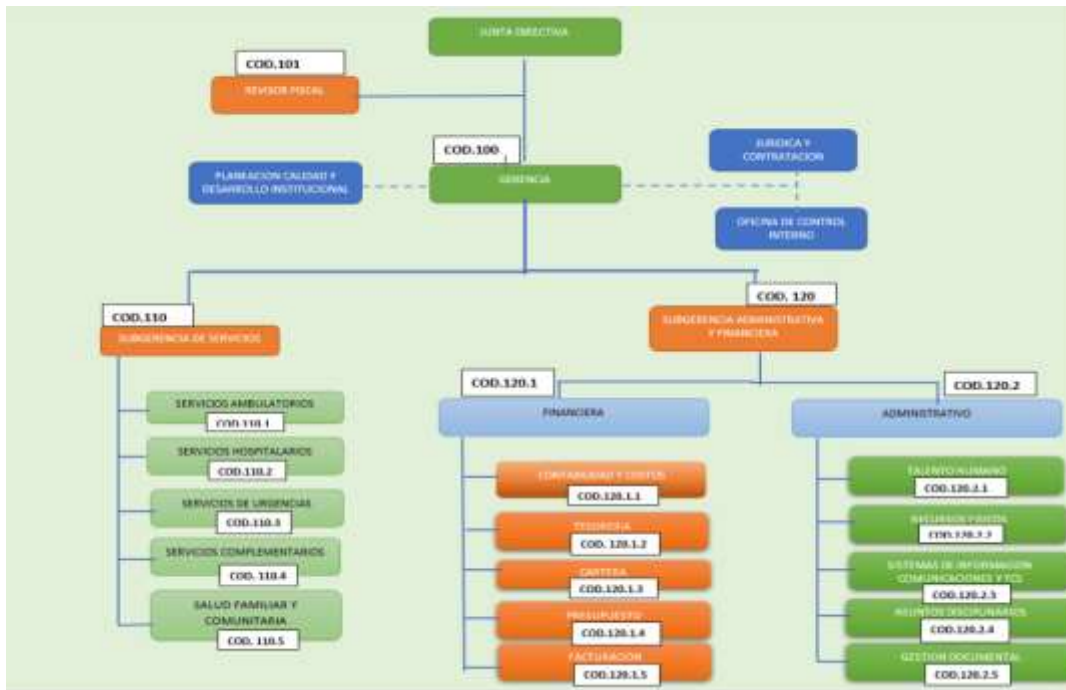
7.4 Objetivo General

Contribuir al desarrollo del municipio, mejorando la calidad de vida de la población y reduciendo la morbilidad, mortalidad e incapacidad de la población de su área de influencia, mediante la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud, para lo cual adelantará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, definidos por los planes obligatorios del Sistema de Seguridad Social en Salud. (USI, 2020)

7.5 Estructura organizacional

La estructura organizacional vigente, es el resultado del estudio técnico de reorganización institucional realizado en la Unidad de Salud de Ibagué USI – ESE, en el cual se analizaron, revisaron y verificaron las nuevas funciones asignadas, según los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control, previamente establecidos y aprobados en la

entidad. La Junta Directiva está conformada por cinco integrantes así: dos (2) del estamento Político-administrativo, dos (2) del estamento científico-administrativo de la Institución y uno (1) de la Comunidad.



Fuente: de Ibagué e. s. e, U. de S. (2020). *MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS*.
[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.usiese.gov.co/files/Manuales/2020/MANUAL%20DE%20PROCENOS%20Y%20PROCEDIMIENTOS.pdf](https://www.usiese.gov.co/files/Manuales/2020/MANUAL%20DE%20PROCENOS%20Y%20PROCEDIMIENTOS.pdf)

8. Metodología

8.1 Primer nivel

8.1.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación

La presente investigación cuenta con un enfoque cuantitativo de alcance correlacional y explicativo, su diseño metodológico de tipo no experimental transversal, en el campo de aplicación en la Unidad de salud de Ibagué (USI) Periodo I-2024, la fuente de información mediante la aplicación de encuestas para el estudio sobre los factores que influyen en la no adherencia por parte de los pacientes al programa de enfermedades crónicas, profesionales de la salud.

8.1.2 Definición de Variables

Tabla. No.1 Variables Pacientes

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM
<i>Rango de edad</i>	Es el intervalo de años que aparentas, en el que puede que sí o puede que no se encuentre la edad que realmente tengas.	Unidimensionales, nominal, dicotómico	1. 20- 29 años 2. 30 a 39 años 3. 40 a 49 años 4. 50 a 59 años 5. 60 años o más.
<i>Género</i>	Identidad socialmente construida de hombre o mujer.	Unidimensionales, nominal, dicotómico	1. Masculino 2. Femenino
<i>Nivel educativo</i>	Es la cantidad y tipo de educación formal que una persona ha recibido	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Sin educación formal 2. Primaria 3. Secundario 4. Técnico/Tecnológico 5. Universitario 6. Postgrado
<i>Estado civil</i>	Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc..	Unidimensionales, ordinal, categórico	1.Soltero(a) 2. Casado (a) 3. Divorciado(a) 4. Viudo(a) 5. Unión libre.
<i>Situación laboral</i>	Situación de una persona económicamente activa en relación a su empleo	Unidimensionales, ordinal, categórico	1.Empleado 2. Desempleado 3. Informal

<i>Estrato socioeconómico</i>	actual (o anterior si está desempleada) Estrato de la población con igual posición y prestigio, incluye estratificación social.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Bajo-Bajo 2. Bajo 3. Medio-bajo 4. Medio 5. Medio-alto 6. Alto
<i>Enfermedad crónica</i>	Enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo. Dentro de las cuales incluye enfermedades crónicas no transmisibles.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Diabetes 2. Hipertensión Arterial 3. Enfermedad cardiovascular 4. Enfermedad renal Crónica 5. Otros
<i>No Asistencia a consulta</i>	Se refiere a cuando un paciente no se presenta a una cita médica programada sin haber notificado previamente la cancelación o reprogramación.	Unidimensionales, ordinal, dicotómico	1.No tengo tiempo 2.No me han dicho que debe seguir en control 3.Se me olvida sacar la cita 4.Problemas económicos. 5. Es muy lejos el sitio de las citas 6.Dificultad para lograr conseguir las citas 7.Otros
<i>Tiempo de diagnóstico enfermedad</i>	Tiempo que pasa desde la exposición a algo que puede causar una enfermedad (como radiación o un virus) y la aparición de síntomas.	Unidimensionales, de razón, dicotómico	1. Menos de 1 año 2. 1-3 años 3. 4- 6 años 4. Más de 6 años
<i>Tratamiento farmacológico</i>	El uso de medicamentos o fármacos para prevenir, tratar, mitigar o curar una enfermedad, síntoma o condición patológica.	Unidimensionales, nominal, dicotómico	1. Si usa 2. No Usa

<i>Programa enfermedades crónicas</i>	El Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas es una guía para aumentar la calidad en la atención de las enfermedades crónicas en atención primaria.	Unidimensionales, nominal, dicotómico	1. Si 2 No
<i>Frecuencia de Información educativa en salud</i>	Periodicidad en la que se brinda información integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre
<i>Frecuencia de Programas educativos</i>	Se refiere a cuántas veces se llevan a cabo estas sesiones educativas en un período específico, una frecuencia adecuada es esencial porque: Refuerza el aprendizaje, Mantiene el compromiso, Permite seguimiento.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre
<i>Frecuencia de Apoyo emocional-familiar</i>	Hace referencia a regularidad con se recibe apoyo, asistencia y aliento entre los miembros de una familia	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre
<i>Apoyo practico</i>	Es la ayuda concreta y tangible que se brinda a una persona o grupo para resolver problemas específicos o superar dificultades.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre
<i>Recomendación medica</i>	son prescripciones técnicas realizadas por un profesional en salud como parte de su proceso terapéutico o de	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre.

<i>Cumplimiento farmacológico</i>	intervención clínica según su área del conocimiento. Es la medida en que un paciente sigue la conducta médica instaurada respecto al uso de medicamentos prescritos.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre
<i>Relación médico-paciente</i>	Representa un vínculo privilegiado o interacciones entre médico y paciente.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Muy Buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala.
<i>Factores adherencia tratamiento</i>	Es el grado en que el comportamiento de una persona, tomando medicamentos, siguiendo una dieta y/o ejecutando cambios en el estilo de vida.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Complejidad del tratamiento 2. efectos adversos de la medicación 3. Falta de coordinación entre distintos médicos 4. Dificultades Económicas 5. Problemas psicológicos. 6. Otros
<i>Control-Seguimiento médico</i>	Aquellos cuidados médicos realizados a intervalos regulares, para evaluar la salud en general y de prevenir enfermedades a futuro.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre
<i>Frecuencia del seguimiento de recomendaciones de estilos de vida saludables</i>	Se refiere a la regularidad con la que una persona implementa y mantiene hábitos que promueven su bienestar físico y mental.	Unidimensionales, ordinal, categórico	1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre

Fuente: elaboración propia.

Tabla. No. 2 Variables profesionales de salud.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM
-----------------	------------------	------------------	-------------

<i>Edad</i>	Es el intervalo de años que aparentas, en el que puede que sí o puede que no se encuentre la edad que realmente tengas.	Unidimensionales, nominal, dicotómico	1. Menos de 30 años 2. 30-39 años 3. 40-49 años 4. 50-59 años 6. 60 años o más
<i>Género</i>	Identidad socialmente construida de hombre o mujer.	Unidimensionales, nominal, dicotómico.	1. Masculino 2. Femenino
<i>Años de experiencia en salud</i>	Tiempo que una profesional ha dedicado a una actividad en el área de la salud, adquiriendo habilidades, conocimientos y expertise en esa área.	Unidimensionales, de razón, dicotómico	1. Menos de 5 años 2. 5 a 10 años 3. 11 a 20 años 4. Más de 20 años
<i>Área de salud</i>	Se refiere a la organización de los servicios de salud en función de las competencias y roles específicos de los distintos profesionales que integran el sistema de salud.	Unidimensional, ordinal, categórico	1. Médico General 2. Enfermero Profesional 3. Médico Especialista 4. Otros.
<i>Capacitación Enfermedades Crónicas</i>	Son programas educativos diseñados para mejorar el conocimiento habilidades y competencias de estos profesionales en la gestión y tratamiento de enfermedades crónicas.	Unidimensionales, nominal, dicotómico	1. Si 2. No
<i>Frecuencia de Capacitación enfermedades crónicas</i>	Se refiere a la periodicidad con la que se realizan en programas educativos, programas de educación continua, capacitaciones intensivas en línea.	Unidimensional, ordinal, categórico	1. Semestral 2. Anual 3. Cada 2 a 3 años 4. Nunca
<i>Adherencia a guía/protocolos</i>	Se refiere al cumplimiento de los criterios establecidos en la Guía de Atención por parte del equipo de salud de la institución.	Unidimensionales, nominal, dicotómico	1. Si 2. No

<i>Educación en salud a pacientes</i>	Proceso de aprendizaje diseñado para mejorar la salud de las personas y comunidades. Busca informar y motivar a las personas para adoptar comportamientos saludables, prevenir enfermedades y manejar condiciones de salud existentes.	Unidimensional, ordinal, categórico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Rara vez 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre
<i>Factor de riesgo</i>	Cualquier atributo, característica o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión.	Unidimensional, ordinal, dicotómico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaquismo 2. Sedentarismo 3. Consumo excesivo de alcohol 4. Vacunación
<i>Riesgo cardiovascular</i>	Es la probabilidad de sufrir un evento cerebrovascular en un plazo determinado, que incluyen dos componentes distintos. Incluyendo la mortalidad cardiovascular, el conjunto de las complicaciones cardiovasculares letales y no letales.	Unidimensionales, razón, dicotómico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo muy alto (> 10%), alto (5-10%), moderado (1-5%) o bajo (< 1%) 2. Riesgo alto (> 10%), moderado (5-10%), bajo (1-5%) o muy bajo (< 1%) 3. Riesgo moderado (> 10%), alto (5-10%), bajo (1-5%) o muy bajo (< 1%) 4. Riesgo muy alto (> 20%), alto (10-20%), moderado (5-10%) o bajo (< 5%).
<i>Frecuencia de ordenación paraclínicos</i>	Periodicidad con la que se solicitan y realizan pruebas diagnósticas complementarias para monitorear y evaluar la salud de un paciente.	Unidimensional, ordinal, dicotómico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada mes. 2. Cada 3 meses. 3. Cada 6 meses. 4. Cuando el paciente los solicita. 5. Ninguna de las anteriores.

Fuente: elaboración propia

8.2 Población y Muestra

La población objeto de estudio de la investigación a desarrollar bajo la estrategia de muestreo no probabilístico: son las personas que pertenecen al programa de enfermedades crónicas con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de la Unidad de salud de Ibagué (USI) en el Periodo I-2024, que a la fecha se encontraban inscriptas un total de 16,564 pacientes, de estos 5,492 no asistieron a dicho programa, Se determino el tamaño de la muestra ideal mediante el Simulador de gestión de experiencia XM: 360 , en él se identificaron un nivel de error 5 % y 95% de confianza..

De dicha muestra ideal se seleccionó de forma cuidadosa 110 pacientes los cuales hacen parte del programa de enfermedades crónicas, pero que no asistieron durante el Periodo I- 2024, con el diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus, quienes cumplen con los criterios específicas dentro de las variables tanto dependiente como no dependientes seleccionadas; y la aplicación de cuestionarios informativos y evaluativos a 20 profesionales de la salud de la Unidad de Salud de Ibagué con la finalidad de evaluar la adherencia al programa de enfermedades crónicas.

8.3 Segundo nivel

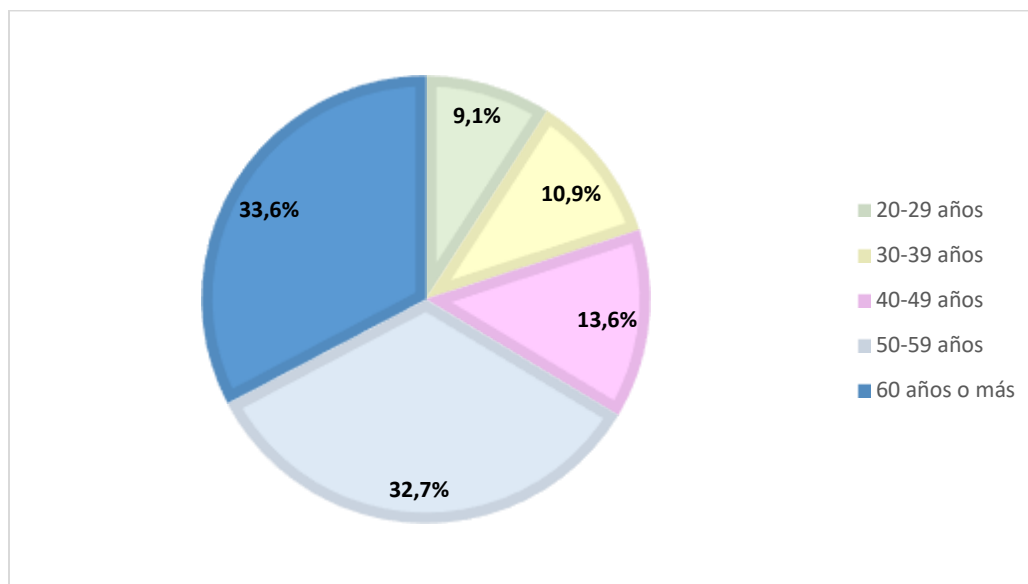
8.3.1 Selección de métodos o instrumentos para recolección de información

De acorde al enfoque de investigación tipo correlacional y explicativo, se diseñó un instrumento de recolección de datos cuantitativos de tipo datos secundarios mediante el desarrollo de cuestionarios aplicados a los pacientes que consta de 21 variables; cuestionario informativo y evaluativo al personal de salud con 11 variables, los cuales dieron respuesta al problema planteado. Para el desarrollo de este tipo de instrumento de acuerdo al libro “Metodología de la investigación” se tuvo en cuenta tres cuestiones básicas: La operacionalización se fundamenta en la definición conceptual y operacional de las variables unidimensionales que se define como sencillas que integra (una dimensión, ítem y sus categorías), permitiendo los niveles de medición y con ello la recolección de datos de cuestionarios a los pacientes y profesionales en el área de la salud.

8.3.2 Técnicas de análisis de datos

Las técnicas de análisis estadístico de acuerdo al proyecto de investigación con un enfoque cuantitativo de alcance correlacional y explicativo, su diseño metodológico de tipo no experimental transversal, mediante el uso del Programa de Excel Microsoft office Profesional versión Profesional Plus 2016, donde se elaboró 2 matrices, la primera con 21 variables, y la segunda con 11 variables, la cual contiene los datos obtenidos mediante la aplicación de 2 encuestas la primera aplicable a pacientes y la segunda a profesionales de la salud; con el fin de evaluar la confiabilidad y validez del instrumento de medición de elaboración propia, de datos secundarios dando respuesta al problema de investigación. El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el uso de medidas de distribución de frecuencias o tendencia central, con la finalidad de sintetizar la información de manera que se pueda entender rápidamente la naturaleza de los datos y la representación gráfica de los mismo.

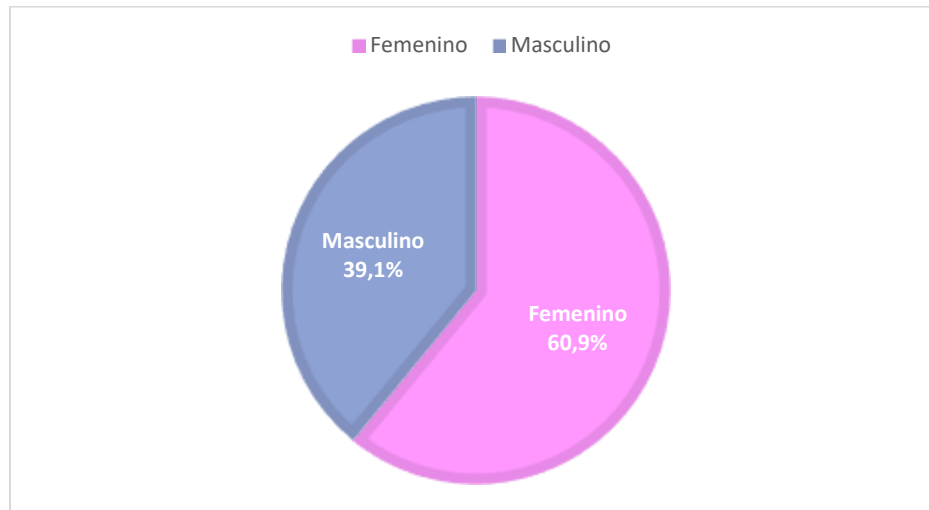
Figura 1. Distribución porcentual de la población, según la edad.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 1. Se interpreta de la gráfica que la mayoría de la población en estudio está en un rango de edad de 50-59 años, con un porcentaje del 33.6% y la minoría con un porcentaje de 9.1% en el rango de edad de 20-29 años.

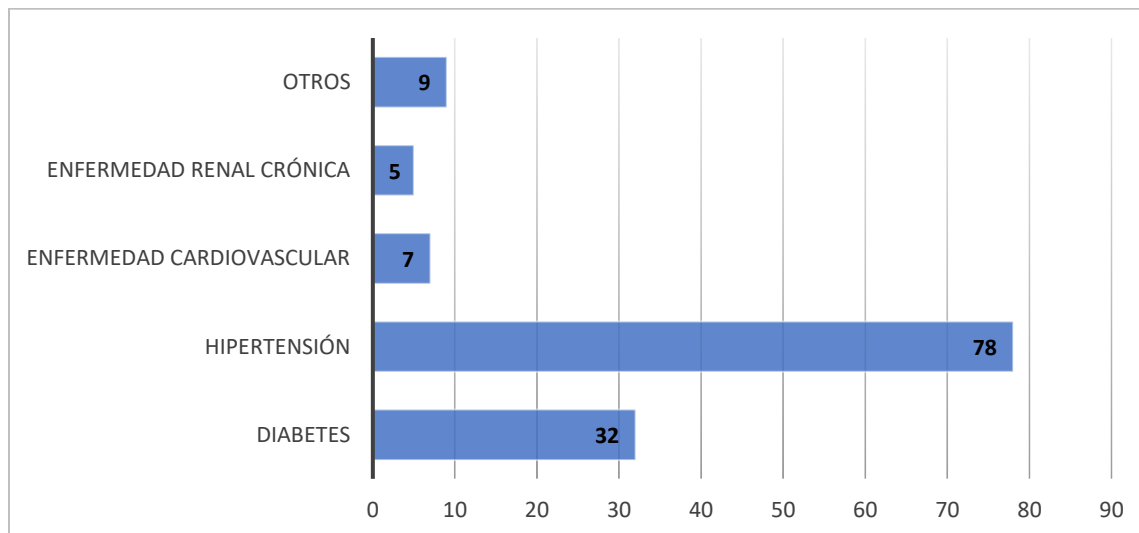
Figura 2. Distribución porcentual de la población, según el género.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 2. El 60.9% de la población es de sexo femenino, con respecto al 39,1% del sexo masculino.

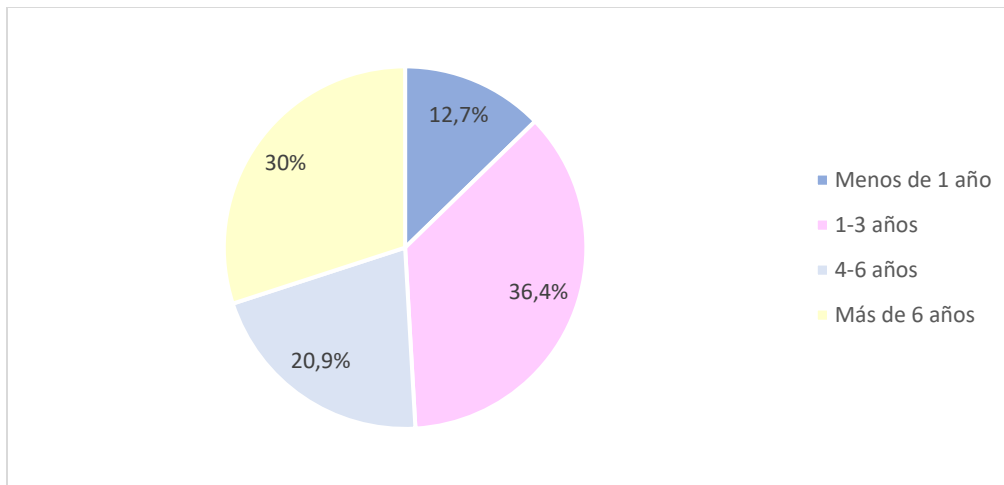
Figura 3. Distribución de la población según la enfermedad crónica principal.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 3. Se encuentra que 70.9% de la población son diagnosticados hipertensos como enfermedad crónica principal y le sigue diabetes con un porcentaje de 29.1%

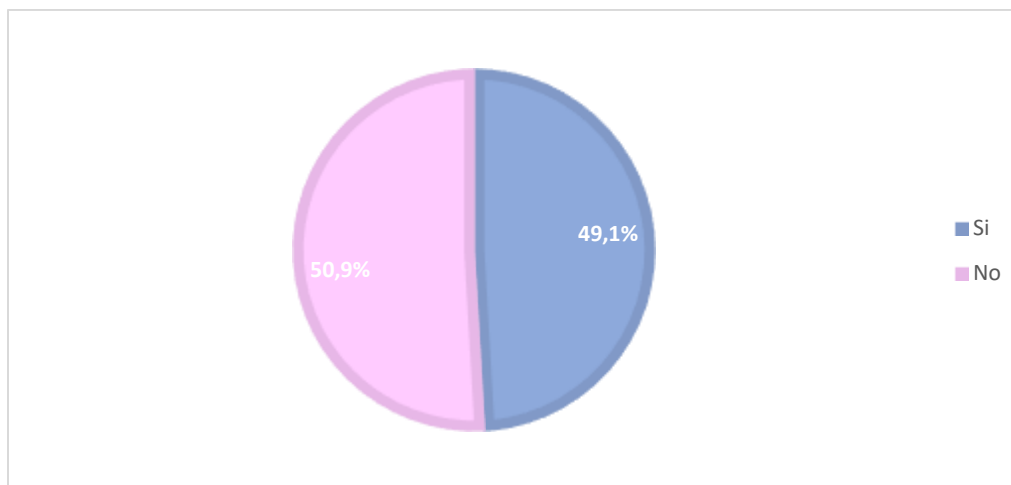
Figura 4. Distribución porcentual de la población según el tiempo que fue diagnosticado con su enfermedad.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 4. El 36.4% de la población refieren que de 1-3 años fueron diagnosticados con su enfermedad.

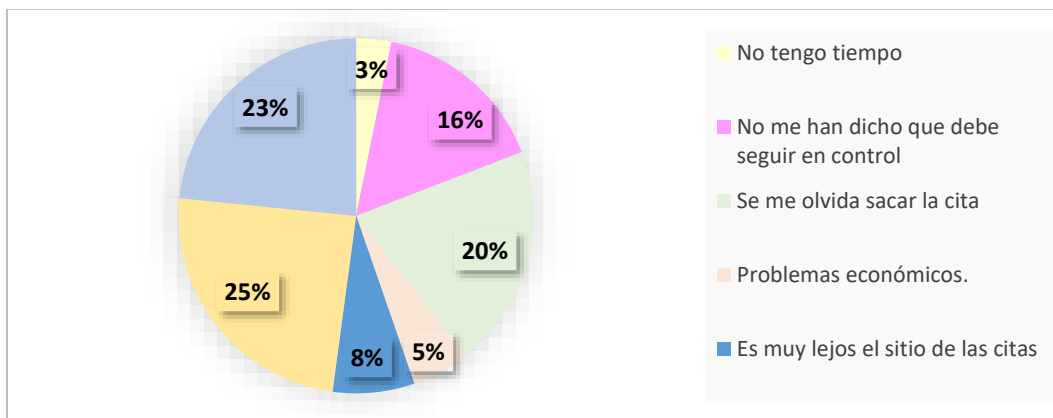
Figura 5. Distribución porcentual de la población, si hace parte del programa de enfermedades crónicas.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 5. El 50.9% de la población hace parte del programa de enfermedades crónicas, mientras que el 49.1% no asisten al programa.

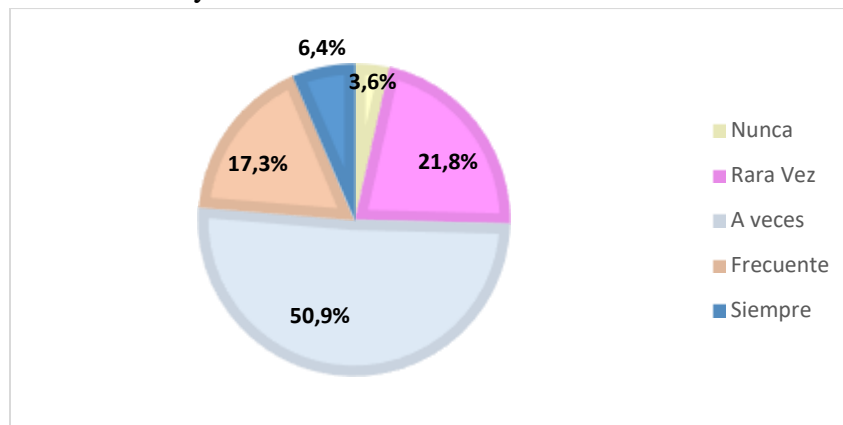
Figura 6. Distribución porcentual de la población, según el motivo por el cual no asiste a consulta de enfermedades crónicas.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 6. Se establece que el motivo principal por el cual la población en estudio no asiste a sus consultas de enfermedades crónicas es debido a la dificultad para lograr conseguir citas, con un porcentaje de 24.5%, seguido de otras razones que representa un 23%, es denotar que un porcentaje significativo con el 16% refiere que no le han dicho que debe seguir en controles.

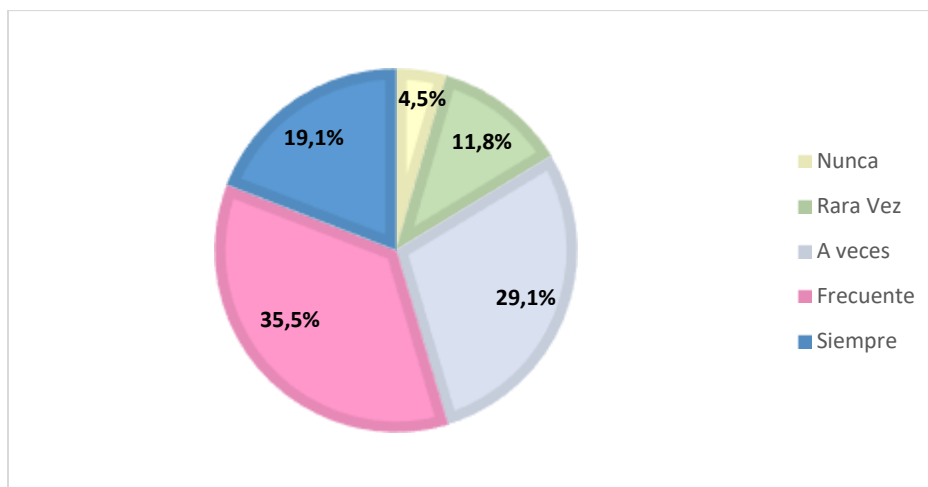
Figura 7. Distribución porcentual de la población, según la frecuencia de la información recibida sobre su enfermedad y tratamiento.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 7. Se observa que el 50.9% de la población a veces reciben información sobre su enfermedad y tratamiento.

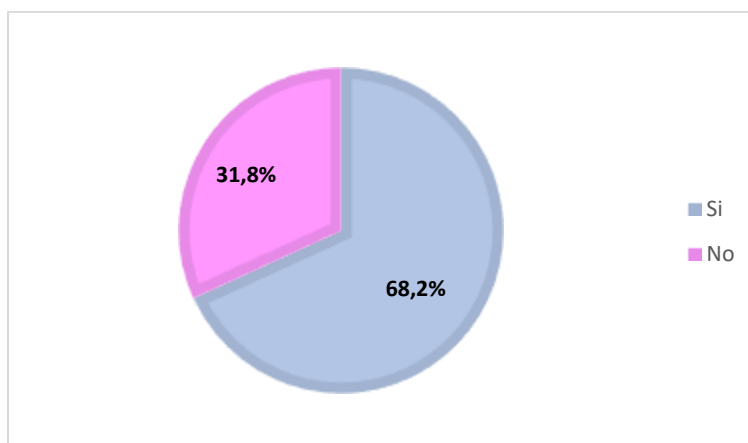
Figura 8. Distribución porcentual de la población, según la frecuencia que reciben apoyo emocional de su familia.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 8. Se analiza que el 35.5% de la población frecuentemente reciben apoyo emocional de su familia y un 19.1% siempre reciben apoyo emocional de su familia, en contraste con el 4,5% quienes refieren nunca recibir apoyo.

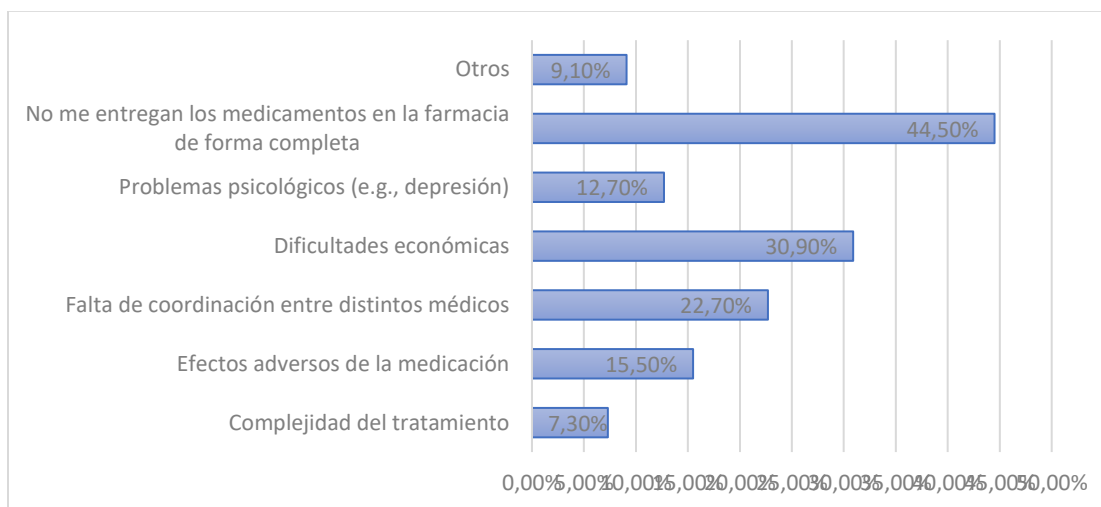
Figura 9. Distribución porcentual de la población, si tiene suficiente información sobre su enfermedad y su tratamiento.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 9. Se demuestra que el 68.2% de la población objeto si tienen suficiente información sobre su enfermedad y su tratamiento y un 31.8% responden que no tienen suficiente información sobre su enfermedad y su tratamiento.

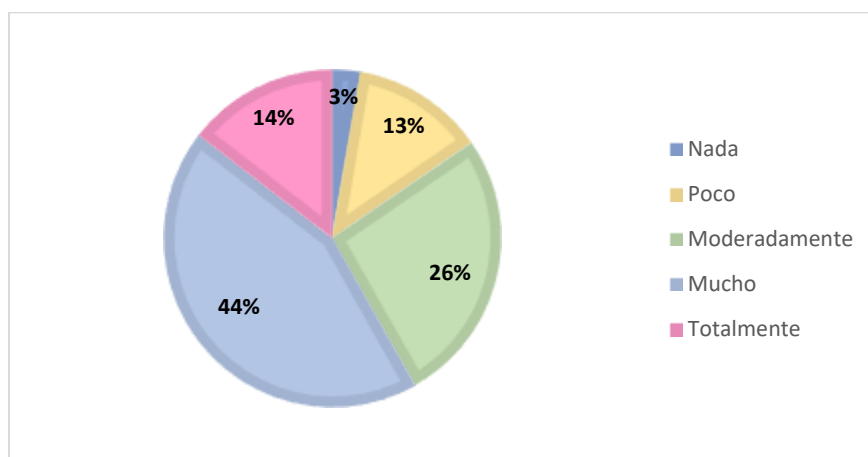
Figura 10. Distribución de la población, según los factores que influyen en su adherencia al tratamiento.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 10. Los principales dos factores que influyen en la adherencia al tratamiento por parte de la población son los relacionados con la entrega de los medicamentos y las dificultades económicas, con un 44.5% y un 30.9% respectivamente.

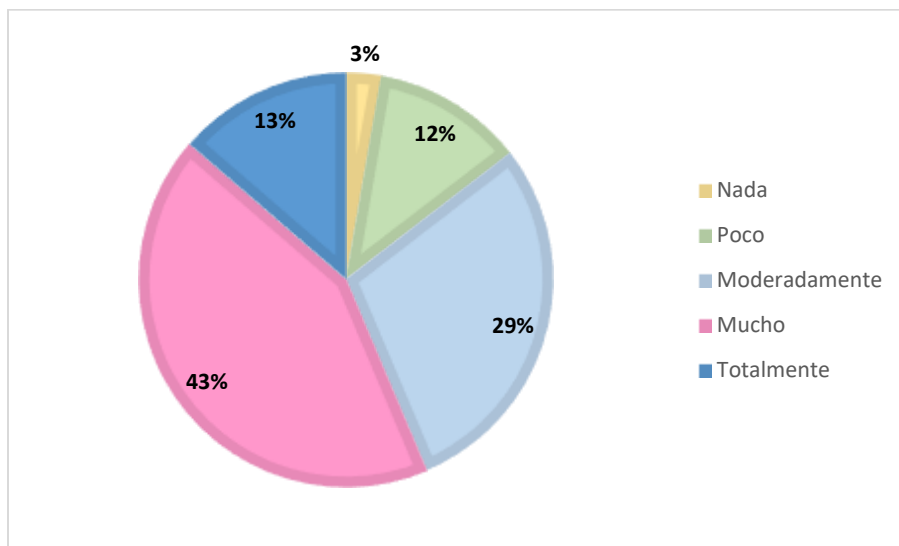
Figura 11. Distribución porcentual de la población, si creen que el apoyo de su familia influye en la capacidad para seguir el tratamiento.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 11. Un 44% de la población estudio refieren que influye mucho el apoyo de familiar para la capacidad de seguir con su tratamiento, que contrasta con el 3% que refiere que no influye en nada.

Figura 12. Distribución porcentual de la población. Si Creen que la educación en salud que ha recibido influye en su capacidad para seguir su tratamiento.

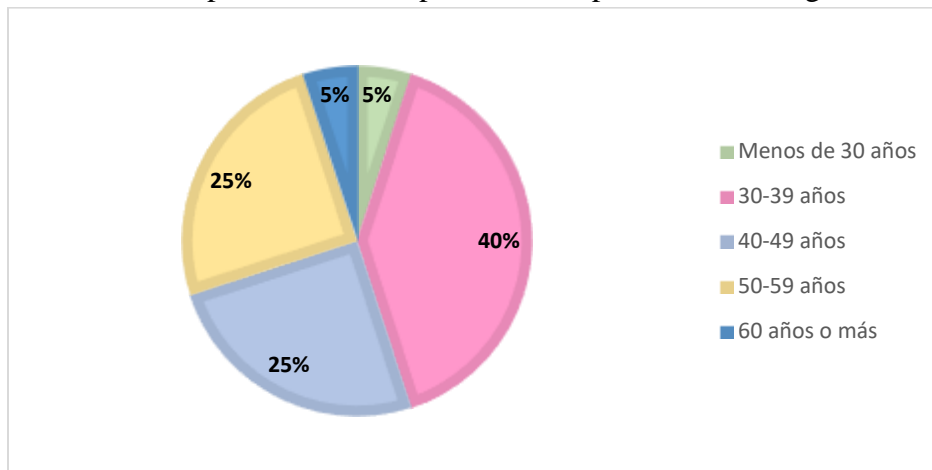


NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 12. Un 43% de la población estudio refieren que influye mucho la educación en salud recibida para la capacidad de seguir con su tratamiento, el 13% totalmente el 29% moderadamente lo cual contrasta con el 3% que refiere que no influye en nada.

Análisis de las encuestas a profesionales

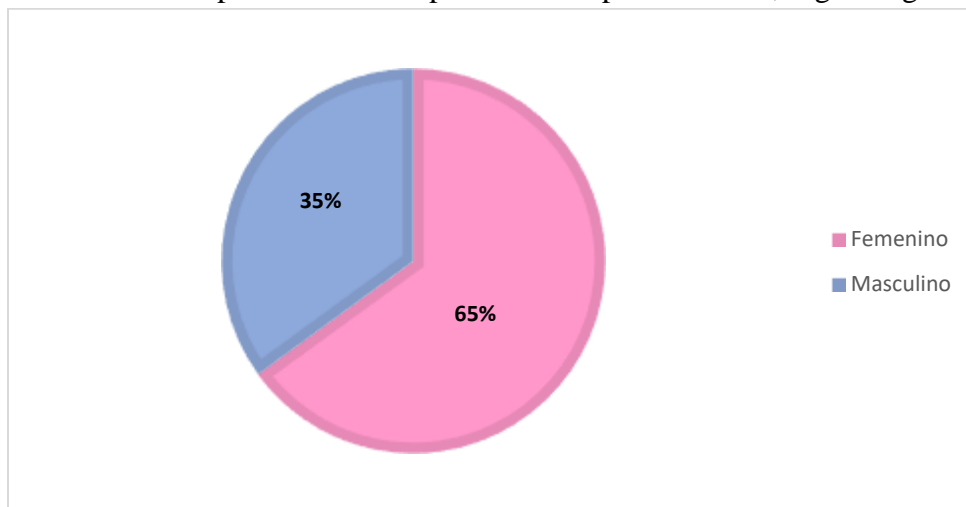
Figura 13. Distribución porcentual de la población de profesionales, según la edad.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 13. Se interpreta de la gráfica que la mayoría de la población en estudio está en un rango de edad de 30-39 años, con un porcentaje del 40%.

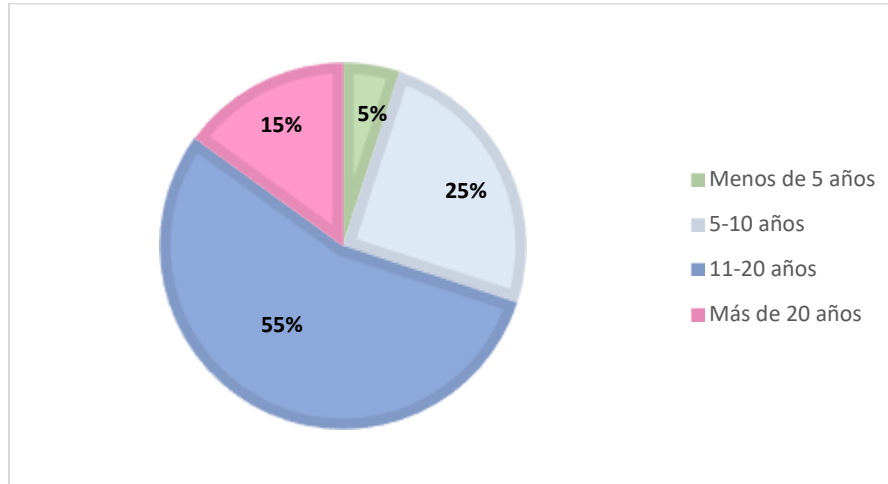
Figura 14. Distribución porcentual de la población de profesionales, según el género.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 14. El 65% de la población es de sexo femenino,

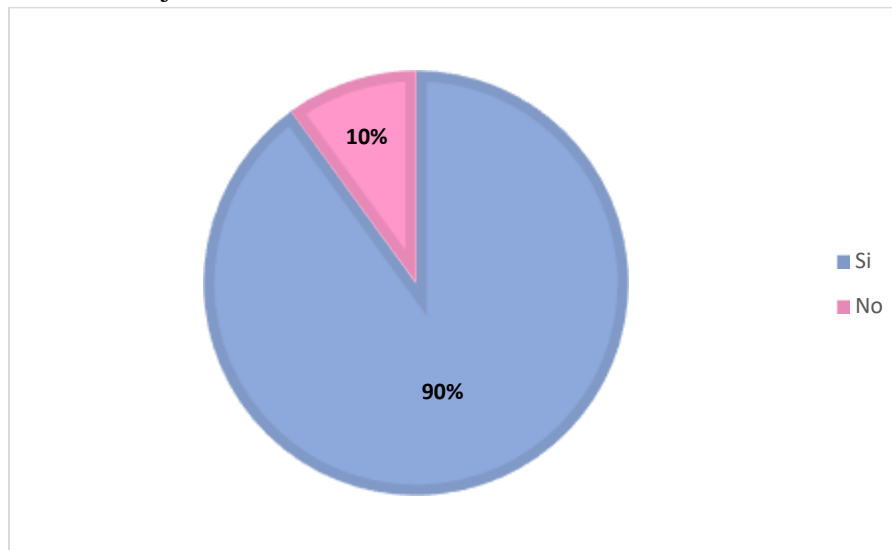
Figura 15. Distribución porcentual de la población de profesionales, según los años de experiencia en el área de la salud.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 15. Se observa que el 55% de la población tienen entre 11-20 años de experiencia en el área de la salud y un 15% tiene más de 20 años de experiencia en el área de la salud.

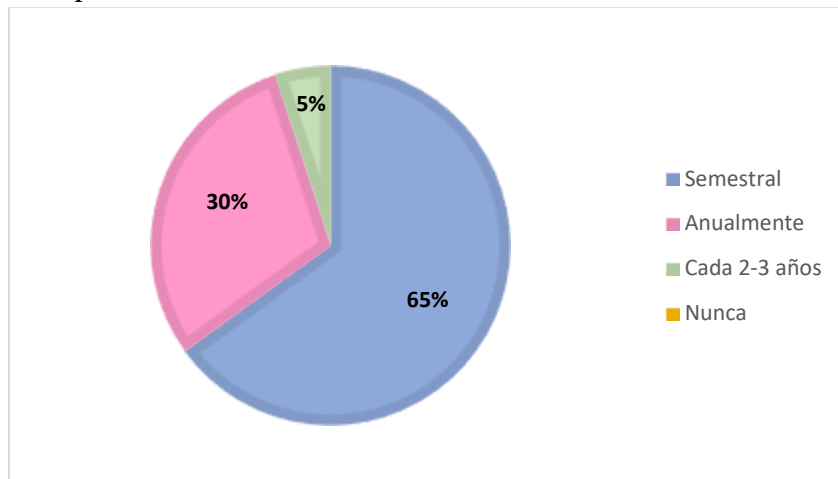
Figura 16. Distribución porcentual de la población de profesionales, según capacitaciones específicas sobre el manejo de enfermedades crónicas.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 16. Se determina que un 90% de la población en estudio si ha recibido capacitaciones específicas sobre el manejo de enfermedades crónicas y solo un 10% refieren que no han recibido capacitaciones sobre el manejo de enfermedades crónicas.

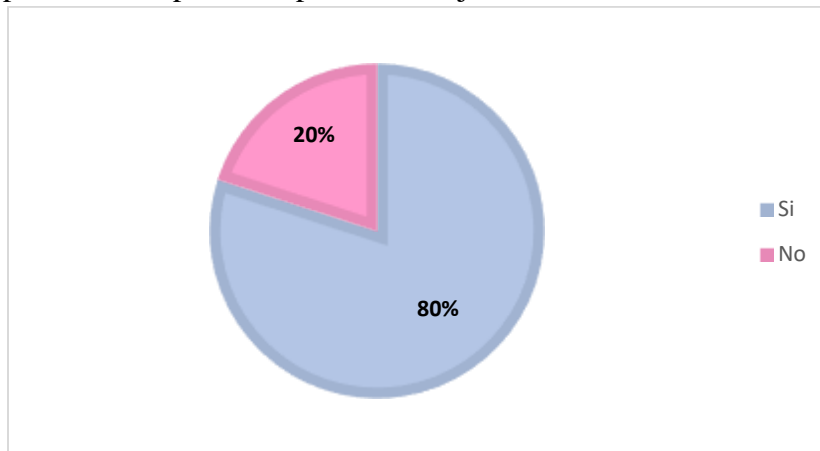
Figura 17. Distribución porcentual de la población de los profesionales, sobre la frecuencia con la que reciben capacitaciones o actualizaciones adicionales.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 17. Se determina que el 65% de la población reciben semestralmente actualizaciones o capacitaciones adicionales sobre el manejo de enfermedades crónicas.

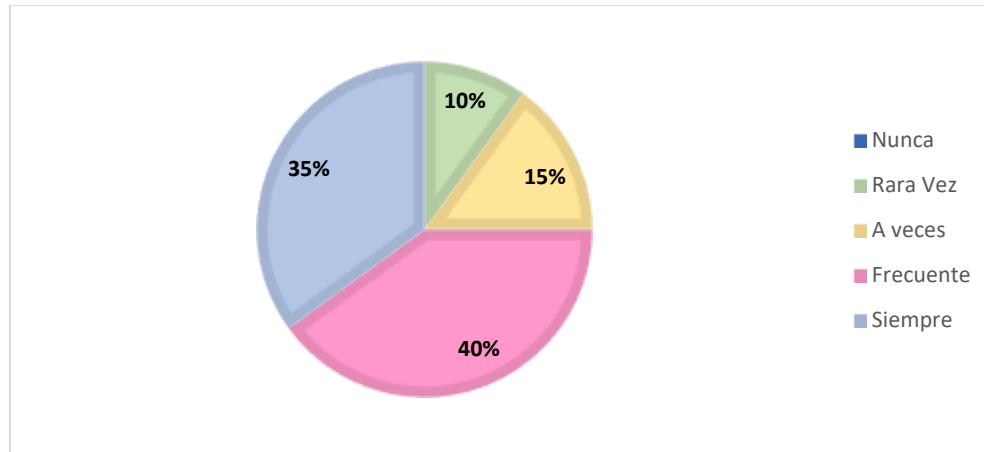
Figura 18 Distribución porcentual de la población de los profesionales, sobre la utilización de guías clínicas o protocolos específicos para el manejo de enfermedades crónicas.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 18. Se determina que el 80% de la población en estudio utilizan guías clínicas o protocolos específicos para el manejo de enfermedades crónicas y el 20% no lo están utilizando.

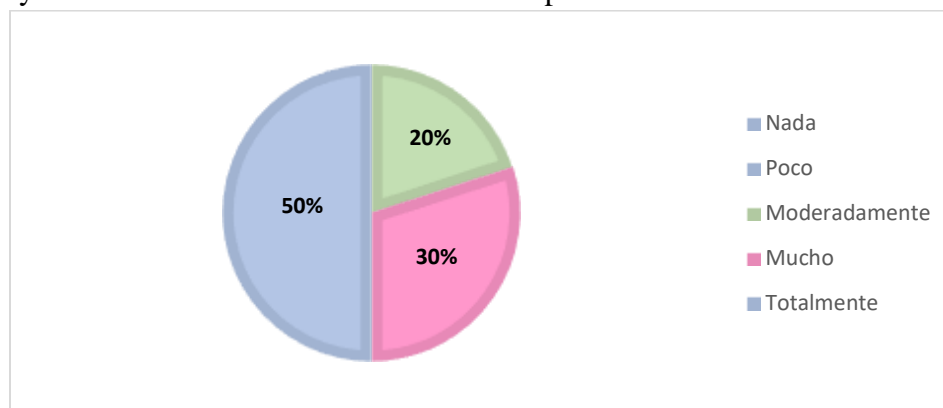
Figura 19. Distribución porcentual de la población, según la proporción de la educación en salud a sus pacientes con DM e HTA.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 19. De forma acumulada el 75% de los profesionales refieren que brindan siempre y de forma frecuente educación en salud a sus pacientes con DM e HTA en comparación al 10% de los profesionales rara vez brindan información en salud.

Figura 20. Distribución porcentual de la población, sobre la creencia que el apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento de sus pacientes.



NOTA: *Elaboración propia.*

En la figura 20. Se establece que un 50% de la población está totalmente de acuerdo que el apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento de sus pacientes.

Análisis y Discusión del Resultado

Las enfermedades crónicas o no transmisibles representan un desafío significativo para los sistemas de salud a nivel global y en nuestro país. La hipertensión arterial es uno del diagnóstico más frecuente en el sistema de salud y aumenta 2 a 4 veces el riesgo de enfermedades coronarias, y la Diabetes Mellitus se encuentra dentro las 5 principales causas de muerte y la décima principal causa de consulta, según lo expuesto por (Araya, M, 2004), (Observatorio nacional de salud, 2015). Confirmando el resultado obtenido durante la investigación, en el cual se encuentra que el 70,9% de la población cursa con Hipertensión arterial, el 29,1% tiene diagnóstico de Diabetes Mellitus, asociándose a otras enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal crónica.

La no adherencia y el incumplimiento al programa de enfermedades crónicas no transmisibles, representa un considerable gasto para el sistema nacional de salud en Colombia, que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y género, de acorde al estudio realizado se evidencio que el 33,6 % está en el rango de edad de 50-59 años, sin embargo, hay un porcentaje significativamente representativo en la población estudiada del 34,7% en el rango de edad de 20 a 49 años, que han sido diagnosticado a edad temprana lo que sustenta (Organización Panamericana de la salud, s, f). Siendo prevalente dicho diagnóstico con un 60,9% el sexo femenino frente al 39,1% sexo masculino.

Según la guía práctica colombiana de atención en hipertensión arterial y diabetes mellitus establece un control y seguimiento de acorde a la clasificación de su riesgo cardiovascular, y cuentan con unos criterios de inclusión para el programa de enfermedades crónicas definidos en la misma, con la finalidad de lograr metas establecidas en el programa y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a estas patologías. Sin embargo, en la investigación se evidencio que el 50,9% de la población encuestada, pese que tiene un diagnóstico definido, no hacen parte del programa de enfermedades crónicas y los que hacen parte del mismo el 51% de ellos tienen entre 6 a 12 meses sin asistir al control; Siendo la principal razón de insistencia la dificultad para lograr conseguir la citas presentando un 24,5%, el olvido para sacar las citas el 20,2%, y el

23,4% describen que son otros motivos, llama la atención del 16% de los encuestados, desconocen que deben seguir en control; El 30,9% de la población refiere lograr conseguir la cita del programa de enfermedades crónicas de manera fácil, en contraste del 69% que refiere dificultad en la asignación de la misma.

Existen factores sociodemográficos que influyen significativamente en la adherencia farmacológica y al programa de enfermedades crónicas, dentro de estos factores encontramos que el nivel de escolaridad en la población estudiada representa un valor acumulado del 66,4% lo cuales no cursan con educación formal, tiene primaria y/o secundaria incompleta, 17,3 % cuentan con un tecnólogo, y solo el 18,1% de la población cursan con estudios universitarios y postgrados. Así mismo la condición laboral del desempleo representando el 50% de la población y el estrato socioeconómico bajo-bajo, bajo, medio-bajo acumulan un 72,7% siendo un nivel representativo con un mayor impacto negativo, tal cual expone (Piedrathita,2012).

Desde la perspectiva del paciente relacionado con el apoyo emocional y práctico de la familia, influye en los cambios comportamentales y la positividad del concepto de su enfermedad, mejorando así el grado de adherencia de su tratamiento médico. (Reyes, E., et al, 2016). De lo anterior, se logró identificar durante la investigación que el 83,7 % de la población estudiada recibió apoyo familiar, lo cual se reafirma con lo encontrado en el grado de influencia del apoyo familiar en la capacidad de continuar el tratamiento y el programa que representa un 84,6% de la población encuestada. (Casa, M et al., 2012).

La adherencia terapéutica es un aspecto crucial en la conducta humana, y se relaciona directamente con la salud y el compromiso del cuidado y mantenimiento del bienestar, como lo describen (Casa, M et al., 2012) (Libertad,2006). Existen varios causales involucrados en la no adherencia al tratamiento farmacológico, identificados durante el estudio: representando un 44,5% la no entrega de medicamentos por parte de la farmacia vinculada a su Eps; un porcentaje significativo presenta problemas psicológicos que influyen en la adhesión del mismo; dificultades económicas un 30,9% en contraste con el 7,3% que considera lo complejo del tratamiento.

Algunos estudios, como los realizados por (Cruz, J, MD. et al, 2023) (Trujano, S; Ve, et al, 2011), hablan de la importancia de la relación médico-paciente, el conocimiento de la enfermedad crónicas por parte del paciente, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad menor a 6 años, la educación clara y concisa de la enfermedad, grado de adherencia de las guías prácticas clínicas por parte del personal de salud y el tiempo de calidad invertido durante cada intervención clínica, el cual jugará un papel importante a la hora de la adhesión al programa. Como se logra identificar en los resultados obtenidos en la investigación que aproximadamente el 68,2% tiene suficiente información acerca de su enfermedad; el 85,4% de la educación en salud influye en la capacidad de continuar en el tratamiento y al programa de pacientes crónicos; el 70% de la población tiene menos de 6 años de diagnóstico de la enfermedad el 83,6% considera que la información suministrada por el profesional de salud es clara y comprensible; el 81,8% tienen buena relación médico-paciente; en cuanto a la población objeto de los profesionales en salud se puede identificar que el 70% cuenta con más de 10 años de experiencia en el área de la salud; el 90% de la población de los profesionales si ha recibido capacitaciones específicas sobre el manejo de enfermedades crónicas, teniendo adherencia a la guía clínica y protocolo para el manejo de enfermedades crónicas en 80% del total encuestados, además el 90% del personal suministra educación en salud a los pacientes de enfermedades crónicas que pertenece al programa; y el 85% del personal de salud encuestado considera que el objetivo principal del manejo de enfermedades crónicas es mejorar la calidad de vida del paciente.

10. Consideraciones Éticas

La presente investigación considero aspectos ético de acuerdo a la resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, dado que al ser un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los

que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Basados en el Título II, Capítulo 1, Artículo 11, que aborda los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. (Resolución 8430,1993).

11. Limitación del Estudio

La principal limitación se radico en el tamaño de la muestra ideal, la cual obtuvimos mediante el Simulador de gestión de experiencia XM que correspondía a 360 paciente, sin embargo, de muestra ideal se seleccionó 110 personas, debido a la dificultad para la comunicación vía telefónica con los pacientes y la aplicación de la Encuesta aplicativo, considerando que se trabajó bajo una base de datos de los pacientes incluidos en el programa de enfermedades crónicas que no asistían al mismo durante los últimos 6 meses del I semestre del 2024 en la Unidad de Salud de Ibagué.

12. Declaración de conflicto de interés

Los investigadores de este estudio, declaran que no presentan ningún conflicto de interés con referencia a esta publicación.

13. Presupuesto

Según nuestro tipo de estudio con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y explicativo, su diseño metodológico no experimental transversal, creamos un presupuesto preliminar teniendo en cuenta varios factores como: Duración del proyecto, Personal involucrado, Materiales y recursos, Gastos de viaje y alojamiento, Otros gastos: como publicación de resultados, permisos. Y de acorde a dichas factores establecimos un aproximado teniendo en cuenta los rangos salariales ajustado en Colombia.

Tabla No. 3. Proyección de Presupuesto

<i>Duración del proyecto</i>	<i>3 meses</i>
<i>Personal Involucrado</i>	- Auditor: $4.621.875/\text{mes} \times 3 \text{ meses} = \$13.865.625$ - Investigador: $4.800.000/\text{mes} \times 3 \text{ meses} = \$14.400.000$ - Analista de datos: $3.416.667/\text{mes} \times 3 \text{ meses} = \$10.250.001$

Materiales y Recursos

- Encuestas en físico: \$450.000
- Encuestas en medio magnético: \$600,000
- Licencia de Excel: \$400,000

Gastos de Viaje y Alojamiento

No aplica

Otros Gastos

- Publicación de resultados: \$3,200,000
- Impresión de material del documento y póster: \$1,200,000
- Total, estimado del presupuesto: \$44.365.626

Fuente: elaboración propia

14. Conclusiones

Las enfermedades crónicas, o no transmisibles, han escalado en prevalencia tanto a nivel global como en Colombia, afectando no solo a la población mayor sino también a personas jóvenes debido a cambios en el estilo de vida. Factores como la mala alimentación, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo, ansiedad y estrés han contribuido significativamente a este aumento. Estas enfermedades, a menudo asintomáticas en sus primeras etapas, dificultan el diagnóstico temprano y la prevención de complicaciones. Además, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son particularmente costosas para el sistema de salud debido a sus complicaciones asociadas y su alta prevalencia. La falta de adherencia a los tratamientos, influenciada por factores socioeconómicos, educativos y culturales, agrava esta situación. Por lo tanto, es crucial implementar estrategias efectivas de educación y gestión de enfermedades crónicas para mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar la utilización de recursos sanitarios.

La metodología usada durante esta investigación, pudo resolver el problema planteado sobre cuáles son los principales factores que influyen en la no adherencia por parte de los pacientes al programa de enfermedades crónicas en la Unidad de Salud de Ibagué en el I periodo del 2024, sin embargo, en medio del proceso de investigación se denota la necesidad de nuevos estudios comparativos sobre la adherencia a programas de enfermedades crónicas, ya que los estudios actuales se enfocan en la adherencia farmacológica.

Es por eso que la identificación de los factores determinantes como: socioeconómicos, relacionado con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad, y el profesional de salud,

tiene un rol fundamental en la adherencia al programa de enfermedades crónicas, y de acuerdo a los resultados obtenidos por medio del desarrollo de las encuestas aplicadas tanto a pacientes como a personales de la salud, se evidencia que el acceso inoportuno para lograr la asignación de las citas, el olvido de la programación de las citas y el desconocimiento de continuidad de los controles, son los factores que influyen en la no adherencia al programa, así como el apoyo familiar y la educación en salud tiene un efecto positivo en la continuidad del mismo. Es de resaltar que una población representativa considera que la información adquirida en las atenciones en salud sobre la enfermedad y tratamiento son suficiente para su adherencia, y por ende radica la importancia de la adherencia de guías y protocolos y el aprendizaje continuo sobre enfermedades crónicas por parte del personal de salud.

Es crucial implementar estrategias de educación y gestión efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar el uso de recursos de salud. Esto incluye la adherencia a guías y protocolos y el aprendizaje continuo por parte del personal de salud sobre el manejo de enfermedades crónicas. Solo a través de un enfoque integral y colaborativo se podrá enfrentar el desafío que representan estas enfermedades para el sistema de salud en Colombia.

En un futuro la innovación en salud abre una perspectiva fundamental en las enfermedades crónicas, al igual que el uso de la inteligencia artificial en la investigación y el diagnóstico oportuno, lo que permitirá crear tratamientos y protocolos de manejo de enfermedades. Además, influirían de manera significativa en el seguimiento y control de las enfermedades crónicas. Aunque sigue siendo un reto enorme en Colombia considerando las condiciones económicas y sociodemográficas de la población, se debería continuar realizando estudios de este tipo que contribuyan al desarrollo de estrategias que mejoren la atención primaria en salud y conlleven a diagnósticos oportunos y manejos adecuados, para mejorar la calidad de vida de los paciente y disminuir el impacto de las complicaciones de dichas patologías y contribuyendo así a la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Lista de Referencias

American Diabetes Association. (2023). Health Equity Impact Report 2023. *American Diabetes Association*, 28. https://diabetes.org/sites/default/files/2024-04/ADA_2023_Health-Equity-Report_FNL.pdf

Araya, M. (2004). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista costarricense de ciencias médicas*, 25 (3–4), 65–71.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007

Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Revista Biomédica*, 2. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/3887>

Arrieta, L, Casas-Fernández de Tejerina, J. (2017) Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)* 44 (5) 335-341. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.10.001>

Ávila, SLM (2022). *Estimación De Los Costos Directos De La Atención De Diabetes Mellitus 2 En Colombia* . Universidad De Los Andes

Barrutia Barreto, Israel, Danielli Rocca, Juan José, & Solano Guillen, Ynes Eliana. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1), . Epub 08 de abril de 2022. Recuperado en 28 de agosto de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100016&lng=es&tlng=es.

Bohórquez, A., Melo, Ligia (2023). Evolución y carga financiera de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Colombia: 2010-2021, de <https://www.banrep.gov.co/es/evolucion-carga-financiera-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-colombia-2010-2021>

Casas Piedrahita, M. C., & Chavarro Olarte, L. M. (2012). Adherencia a un programa estatal de control de la hipertensión arterial. Estudio de caso en dos municipios de Colombia.2010-

2011.https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/426/1/Adherencia_programa_estatal_control_hipertensi%c3%b3n_arterial_estudio_caso_dos_municipios_Colombia%202010-2011.pdf

Carga financiera de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. (2024). Gobernador.co. Recuperado el 26 de agosto de 2024, de <https://www.banrep.gov.co/es/blog/carga-financiera-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-colombia>

Carreño-Moreno, S., Rojas-Marin, Z., Vargas-Escobar, L., Rojas-Reyes, J., Montenegro-Ramírez, J. D., & Chaparro-Díaz, L. (2022). Adopción del rol del cuidador familiar en uso de medicamentos: revisión integrativa. *Duazary*, 19(4), 328–339. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4985>

Castañeda Hernández, Álvaro H. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Revista Cuidarte*, 6(1), 906–13. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.146>

Chaparro, P, Cotes, K, Vargas, G, Díaz, D. (2015). Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>

Claudia Marcela Mondragón Cobo Y Luisa Fernanda Castillo Zamora. (2018). *Costo De La No Adherencia En Los Controles Del Programa De Riesgo Cardiovascular En Una Ips De Primer Nivel De Cali, En El Año 2017*. Institución Universitaria Antonio José Camacho.

Cruz-Cuevas, J. D., Villar, J. C., Vásquez, S. M., Moreno, A. M., & Ángel Rodríguez, F. (2023). Adherencia a recomendaciones basadas en evidencia para enfermedades crónicas no transmisibles: estudio de corte transversal multicéntrico en médicos de Bogotá. *MedUNAB*, 26(2), 213–250. <https://doi.org/10.29375/01237047.4802>

da Silva Martins Luiz Miguel Santiago María Teresa Reis Ana Carolina Roque Mariana Pinto e José Augusto Simões Inês Rosendo, R. (2018, febrero 10). Implications for medical activity of differences between individuals with controlled and uncontrolled hypertension. *Rev Port Cardiol*, 9.

de Colombia, M. de S. y. P. S. (s/f). Páginas - Enfermedades cardiovasculares. Gov.co. Recuperado el 26 de agosto de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>

de Salud y Protección Social, M. (s/f). *Enfermedades cardiovasculares*. Ministerio de Salud y Protección Social; de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>

Diabetes. (2024, marzo 27). MayoClinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetes/symptoms-causes/syc-20371444>

Diana Marcela Beltrán Medina & Claudia Marcela Huertas Velaidés & Mireya Rodríguez. (2023). *Trabajo Práctica Especialización Administración En Salud*. Pontificia Universidad Javeriana.

El Mes del Corazón en Estados Unidos 2024 destaca la atención renovada en RCP, la urgente necesidad de una Nation of Lifesavers™ (Nación de Salvadores de Vidas). (s/f). American Heart Association. Recuperado el 26 de agosto de 2024, de <https://newsroom.heart.org/news/el-mes-del-corazon-en-estados-unidos-2024-destaca-la-atencion-renovada-en-rcp-la-urgente-necesidad-de-una-nation-of-lifesaversTM-nacion-de-salvadores-de-vidas>

Enfermedades no transmisibles. (n.d.). OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Espinosa García, J., Aliaga Gutiérrez, F., Alonso Moreno, F.J., López Simarro, F., Ricote Belinchón, M., Montero Peña, C., Manzano Vilches, A. (2023) Adherencia Terapéutica de

pacientes con riesgo cardiovascular en atención primaria. Proyecto REAAP. Revista de Elsevier España, SEMERGEN, 49(6) . <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102016>

Filigrana, P., Moon, J. Y., Gallo, L. C., Fernández-Rhodes, L., Perreira, K. M., Daviglus, M. L., ... & Isasi, C. R. (2024). LifeCourse Socioeconomic Position and Ideal Cardiovascular Health in Hispanic/Latino Adults of the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Journal of the American Heart Association*, e035503.<https://doi.org/10.1161/JAHA.124.035503>

Fred G. Manrique Abril & Giomar M. Herrera Amaya & Ricardo A. Manrique Abril & Jazmín Beltrán-Morera. (2018). Costos de un programa de atención de primaria en salud para manejo de la hipertensión arterial en Colombia. *Revista Sal* , 20 (4), 465–471

Gallardo Solarte, Karina, Benavides Acosta, Fanny Patricia y Rosales Jiménez, Rosario. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud* , 14 (1), 103-114. <https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.09>

García Valle, S. (2020). Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *Revista de la OFIL* , 30(2), 115-120. Epub 15 de marzo de 2021.<https://dx.doi.org/s1131-94292020000200010>

Guadamuz, J. S., Kapoor, K., Lazo, M., Eleazar, A., Yahya, T., Kanaya, A. M., Cainzos-Achirica, M., & Bilal, U. (2021). Understanding Immigration as a Social Determinant of Health: Cardiovascular Disease in Hispanics/Latinos and South Asians in the United States. *Current atherosclerosis reports*, 23(6), 25. <https://doi.org/10.1007/s11883-021-00920-9>

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universidad Psychologica*, 5(3), 535-548. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a09.pdf>

Instituto Wifor: Dra. Karla Hernández Villafuerte Dra. Malina Müller Prof. Dr. Dennis Ostwald. (junio de 2024). Carga socioeconómica de las principales enfermedades en ocho países de América Latina . <https://www.wifor.com/es/publicaciones/>

Juan Carlos Villar Centeno & Carlos Eduardo Granados & Gabriel Fernando Torres Ardila & Juan Guillermo Pérez Carreño & Laura Valencia & Claudia Marcela Vélez & Dagnovar Aristizábal Ocampo & Harold Aníbal Miranda Rosero & Germán Gamarra Hernández & Sebastián Vélez Peláez & Edgar Hernández & Oscar Horacio Osio Uribe . (2013). *Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (hta) Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Guía No. 18.*

Lozano Bitar, S. (2017). Factores que interfieren en la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas. <https://repository.cesa.edu.co/bitstream/handle/10726/1695/ADM2017-00613.pdf?sequence=7&isAllowed=y>

Margarita Forero, L., Rodríguez Sánchez, M. P., Méndez Castillo, E., & Medina Ch., A. M. (2020). Toma De Decisiones Centradas en La Familia en La Enfermedad Renal Crónica Avanzada. De La Autonomía Individual a La Autonomía Familiar O Comunitaria. *Acta Bioética*, 26(2), 215–224. <https://doi-org.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/10.4067/s1726-569x2020000200215>

Martins, R. da S., Santiago, L. M., Reis, M. T., Roque, A. C., Pinto, M., Simões, J. A., & Rosendo, I. (2019). Implications for medical activity of differences between individuals with controlled and uncontrolled hypertension. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, 38(11), 745–753. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2019.05.024>

Martín Alfonso, Libertad. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3) Recuperado en 31 de agosto de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&tlng=es.

Mendoza Reyes, Robertha. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética*, 32(4), 897-945. Epub 14 de agosto de 2023. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>

Olga Lucía Pinzón-Espitia & Liliana Chicaiza-Becerra & Mario García-Molina & Javier Leonardo González-Rodríguez. (2006). Programas de gestión de enfermedades en el siglo

XXI. *Revista Facultad de Medicina*, 64 (4), 735–740. extensión-
<chrome://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00735.pdf>

Organización mundial de la salud (2021) tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. Organización mundial de la salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55963>

Orozco-Gómez, Á. M. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. doi:10.15446/rcp.v24n1.42949

Ortega Cerda, José Juan, Sánchez Herrera, Diana, Rodríguez Miranda, Óscar Adrián, & Ortega Legaspi, Juan Manuel. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

Pablo Aschner M & Óscar Mauricio Muñoz V & Olga Milena García & Daniel Fernández A. & Luz Ángela Casas & Luisa Fernanda Bohórquez & Diana Girón C & Clara María Arango T & Liliana Carvajal & Doris Amanda Ramírez. (2015). *Guía de práctica clínica. Para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia*

Parra, Dora Inés, Romero Guevara, Sandra Lucrecia, & Rojas, Lyda Z. (2019). Factores influyentes en la adherencia al régimen terapéutico en hipertensión y diabetes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37 (3), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e02>

Ramos Morales, Luisa Estela. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculard*, 16(2), 175-189 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168200372015000200006&lng=es&tlng=es

Regino-Ruenes, Y. M., Quintero-Velásquez, M. A., & Saldarriaga-Franco, J. F. (2021). La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de

hipertensión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(6), 648-655.
<https://doi.org/10.24875/rccar.m21000108>.

Resolución 8430(1993, 04 de octubre). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., & Mazzoni-Chávez, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3-4), 125-132.

Rocío Soria Trujano & Zaira Vega Valero & Carlos Nava Quiroz & Karina Saavedra Vázquez. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit* 17 (2), 223–230

Rodríguez, M. del R. Z., & Whetsell, M. V. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichan*, 7(2), 174–188. <https://web-p-ebsohost.com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/ehost/detail/detail?vid=0&sid=056e6547-6b28-4017-9a4ae27d15df6de6%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3B1PjNpZGU%3d#AN=30070693&db=fua>

Rodríguez Ramos, J. F., & Herrera Miranda, G. L. (2022). Estrategia educativa sobre enfermedad renal crónica en el Policlínico Turcios Lima de Pinar del Río. *MediSur*, 20(5), 854–863. <https://web-p-ebsohost.com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=e9b00bb2-fa64-4104-b83a-445531cc32cf%40redis>.

Silva, G. E., Galeano, E., & Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta médica colombiana*, 30(4), 268-273.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0120-24482005000400004&script=sci_arttext

Soria Trujano, Rocío, Vega Valero, Zaira, Nava Quiroz, Carlos, & Saavedra Vázquez, Karina. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en

enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), 223-230. Recuperado en 28 de agosto de 2024, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&tlng=es.

Torres Saldaña, Adriel, Ortiz Sánchez, Yurisnel, Martínez Suárez, Heriberto, Fernández Corrales, Yanaisa Noraida, & Pacheco Ballester, Dachell. (2019). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed*, 23(1), 1-10. Recuperado en 28 de agosto de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000100001&lng=es&tlng=es.

Virgilio Galvis Ramírez & Mauricio Alberto Bustamante García & Carlos Arturo Sarmiento Limas. (S/F). *Guía De Atención De La Hipertension Arterial Ministerio De Salud Dirección General De Promoción Y Prevención*.

Vivas, D , Álvarez, M (2011). guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas

Anexos

Anexo 1. Encuesta aplicable a Pacientes

ENCUESTA APLICABLE A PACIENTES

ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA POR PARTE DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ (USI), EN EL PERIODO I-2024.

NOMBRE COMPLETO:

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad:

- 20-29 años
- 30-39 años
- 40-49 años
- 50-59 años
- 60 años o más

Género:

- Masculino
- Femenino
- Otro

Nivel Educativo:

- Sin educación formal
- Primaria
- Secundaria
- Técnico/Tecnológico
- Universitario
- Postgrado

Estado Civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

Situación laboral:

- empleado
- desempleado
- otros:

Estrato socioeconómico:

- Bajo-bajo.
- Bajo.
- Medio-bajo.
- Medio.
- Medio-alto.
- Alto.

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

¿Cuál es su enfermedad crónica principal?

- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad renal crónica
- Otra: _____

¿Cuánto tiempo hace que fue diagnosticado con esta enfermedad?

- Menos de 1 año
- 1-3 años

- 4-6 años

- Más de 6 años

¿Está tomando actualmente algún medicamento para su enfermedad crónica?

- Sí

- No

¿Hace parte usted del programa de enfermedades crónicas?

- Sí

- No

SESIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

¿Con qué frecuencia recibe información sobre su enfermedad y tratamiento?

- Nunca

- Rara vez

- A veces

- Frecuentemente

- Siempre

¿Considera que la información recibida es clara y comprensible?

- Nada clara

- Poco clara

- Moderadamente clara

- Muy clara

- Totalmente clara

¿Con qué frecuencia participa en programas educativos sobre su enfermedad?

- Nunca

- Rara vez

- A veces

- Frecuentemente

- Siempre

APOYO ASISTENCIAL

¿Con qué frecuencia recibe apoyo emocional de su familia?

- Nunca

- Rara vez

- A veces

- Frecuentemente

- Siempre

¿Con qué frecuencia recibe apoyo práctico (ayuda con tareas diarias, transporte, etc.) de su familia?

- Nunca

- Rara vez

- A veces

- Frecuentemente

- Siempre

¿Con qué frecuencia recibe apoyo emocional de sus amigos o comunidad?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Con qué frecuencia recibe apoyo práctico de sus amigos o comunidad?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

¿Con qué frecuencia sigue las recomendaciones de su médico?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Con qué frecuencia toma sus medicamentos según lo prescrito?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Cuáles son las razones principales por las que olvida tomar su medicación? (Seleccione todas las que apliquen)

- Olvido
- Efectos secundarios
- Falta de acceso a la medicación
- No cree que sea necesario
- Otros: _____

¿Cómo calificaría su relación con su médico?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

¿Considera que tiene suficiente información sobre su enfermedad y su tratamiento?

- Sí
- No

¿Cuáles de los siguientes factores considera que influyen en su adherencia al tratamiento? (Seleccione todas las que apliquen)

- Complejidad del tratamiento
- Efectos adversos de la medicación
- Falta de coordinación entre distintos médicos
- Dificultades económicas
- Problemas psicológicos (e.g., depresión)
- Otros: _____

¿Con qué frecuencia asiste a sus citas médicas programadas?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Es para usted difícil lograr citas de seguimiento al programa de enfermedades crónicas?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Con qué frecuencia sigue las recomendaciones de dieta y ejercicio de su médico?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

IMPACTO DEL APOYO EN LA ADHERENCIA

¿Cree que el apoyo de su familia influye en su capacidad para seguir su tratamiento?

- Nada
- Poco
- Moderadamente
- Mucho
- Totalmente

¿Cree que el apoyo de sus amigos o comunidad influye en su capacidad para seguir su tratamiento?

- Nada
- Poco
- Moderadamente
- Mucho
- Totalmente

¿Cree que la educación en salud que ha recibido influye en su capacidad para seguir su tratamiento?

- Nada
- Poco
- Moderadamente
- Mucho
- Totalmente

Anexo 2. Encuesta Aplicable a Personal de Salud

Encuesta aplicable a Personal de Salud

ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA POR PARTE DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ (USI), EN EL PERIODO I-2024.

Sección: Datos Demográficos

Edad:

- Menos de 30 años
- 30-39 años
- 40-49 años
- 50-59 años
- 60 años o más

Género:

- Masculino
- Femenino
- Otro

Años de Experiencia en el Área de Salud:

- Menos de 5 años
- 5-10 años
- 11-20 años
- Más de 20 años

A que área de la salud usted pertenece:

- Médico General
- Enfermero Profesional
- Médico Especialista
- Otros: _____

Sección : Conocimiento y Capacitación

¿Ha recibido capacitación específica sobre el manejo de enfermedades crónicas?

- Sí
- No

Si respondió "Sí" en la pregunta anterior, ¿con qué frecuencia recibe actualizaciones o capacitaciones adicionales?

- Semestral
- Anualmente
- Cada 2-3 años
- Nunca

¿Considera que la capacitación recibida es suficiente para manejar adecuadamente a los pacientes con enfermedades crónicas?

- Sí
- No

Sección : Práctica Clínica

¿Con qué frecuencia realiza seguimientos a los pacientes con enfermedades crónicas?

- Semanalmente
- Mensualmente
- Trimestralmente
- Anualmente

¿Utiliza guías clínicas o protocolos específicos para el manejo de enfermedades crónicas?

- Sí
- No

Sección Percepción y Satisfacción

¿Qué tan efectivo considera que es el programa de enfermedades crónicas en la USI?

- Muy efectivo
- Efectivo
- Neutral
- Poco efectivo
- Nada efectivo

Sección : Educación en Salud

¿Con qué frecuencia proporciona educación en salud a sus pacientes con DM y HTA?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Considera que la educación en salud que proporciona es efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento?

- Nada efectiva
- Poco efectiva
- Moderadamente efectiva
- Muy efectiva
- Totalmente efectiva

SECCIÓN: APOYO ASISTENCIAL

¿Con qué frecuencia observa que sus pacientes reciben apoyo emocional de su familia?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Con qué frecuencia observa que sus pacientes reciben apoyo emocional de sus amigos o comunidad?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Con qué frecuencia sus pacientes siguen las recomendaciones médicas?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Con qué frecuencia sus pacientes asisten a sus citas médicas programadas?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Con qué frecuencia sus pacientes siguen las recomendaciones de dieta y ejercicio?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Cree que el apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento de sus pacientes?

- Nada
- Poco
- Moderadamente
- Mucho
- Totalmente

SECCIÓN : CONOCIMIENTOS GENERALES

¿Qué es una enfermedad crónica?

- Una enfermedad que dura menos de 3 meses
- Una enfermedad que dura más de 3 meses
- Una enfermedad infecciosa aguda
- Ninguna de las anteriores

¿Cuál de las siguientes enfermedades NO se clasifica como una enfermedad cardiovascular?

- Diabetes Mellitus
- hipertensión Arterial
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cardiopatías congénitas

¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo común para las enfermedades crónicas?

- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Consumo excesivo de alcohol
- Vacunación

¿Con qué frecuencia se recomienda realizar el seguimiento de pacientes muy alto riesgo cardiovascular?

- Cada 2 meses
- Cada 3 meses
- Cada 6-12 meses
- No requiere seguimiento

¿Cuál es el objetivo principal del manejo de enfermedades crónicas?

- Curar la enfermedad
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Reducir los costos de atención médica
- Ninguna de las anteriores

¿Cada cuanto se realiza el seguimiento de los laboratorios a los pacientes en el programa de enfermedades crónicas?

- Cada mes
- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Cuando el paciente los solicita
- Ninguna de las anteriores