Modelo de encuesta

**Diseño de la encuesta dirigida a pacientes que requieren medicación**

*Opiniones de pacientes sobre gestor de medicamentos.*

|  |
| --- |
| Encuesta a pacientes – Septiembre 2025  **INTRODUCCIÓN**  Esta encuesta forma parte de un proyecto del programa Tecnólogo en Análisis y Desarrollo de Software del SENA. Su propósito consiste en conocer las necesidades, dificultades y expectativas de pacientes que requieren medicación para diseñar un gestor de medicamentos más útil y adaptado.  Por ello le vamos a pedir que responda al siguiente cuestionario. *Sus respuestas son anónimas, se usarán con fines académicos y de mejora del proyecto.*  Le solicitamos tenga en cuenta leer cuidadosamente las preguntas y poner una cruz (X) en las respuestas correspondientes de cada una.  En el caso de tratarse de preguntas abiertas, por favor escriba claramente su respuesta en el espacio asignado.  Le pedimos que preste atención en la secuencia de preguntas, teniendo en cuenta que la exigencia de responder a algunas depende de la respuesta dada a otras.  Si tuviera alguna duda en el llenado, consúltenos.  Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de encuesta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PARTE 1 – DATOS PERSONALES**   * 1. **Edad:** \_\_\_\_\_\_   **1.2 Sexo:**  ▢ Masculino  ▢ Femenino   * 1. **¿Usted toma medicamentos de forma regular (diaria o semanal)?**   ▢ Sí  ▢ No  **PARTE 2 — EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE MEDICACIÓN**   * 1. **¿Cuántos medicamentos suele tomar en un día?**   ▢ 1  ▢ 2–3  ▢ 4 o más  **2.2 ¿Qué método utiliza actualmente para recordar la toma de medicamentos?**  ▢ No uso ningún método, confío en mi memoria  ▢ Papel/agenda  ▢ Alarmas en el celular  ▢ Aplicación móvil  ▢ Ayuda de un familiar/cuidador  ▢ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **2.3 ¿Con qué frecuencia olvida tomar un medicamento?**  ▢ Nunca  ▢ Rara vez  ▢ Algunas veces  ▢ Frecuentemente   * 1. **¿Alguna vez ha confundido la dosis o el medicamento?**   ▢ Sí  ▢ No   * 1. **Si respondió “Sí”, ¿qué cree que provocó la confusión?**   ▢ Parecido en la forma o color del medicamento  ▢ No recordar la dosis indicada  ▢ Falta de etiquetas o indicaciones claras  ▢ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * 1. **¿Qué dificultades ha tenido para saber cuándo se le está acabando un medicamento?**   ▢ Se me olvida revisar las cajas/blísteres  ▢ No tengo un lugar fijo para guardar los medicamentos  ▢ Nadie me avisa cuando ya queda poco  ▢ Solo me doy cuenta cuando necesito la pastilla y ya no está  ▢ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **2.7 ¿Qué tan importante considera tener un aviso antes de que se agote un medicamento?**  ▢ Muy importante  ▢ Importante  ▢ No tan importante  ▢ Sin importancia  **2.8 ¿En qué situaciones ha sentido inseguridad sobre la dosis o combinación de sus medicamentos?**  ▢ No recuerdo si ya tomé la pastilla  ▢ No estoy seguro/a si dos medicamentos se pueden tomar juntos  ▢ Me confundo porque algunos medicamentos se parecen en color o forma  ▢ Ninguna  ▢ Otros  **PARTE 3 — UTILIDAD DE UN GESTOR DE MEDICAMENTOS**  **3.1 ¿Le sería útil un aplicativo que le recordara los horarios de la medicación?**  **▢** Sí, mucho  ▢ Sí, en parte  ▢ No estoy seguro/a  ▢ No lo usaría   * 1. **¿Qué formato de recordatorio preferiría?**   ▢ Notificación en el celular  ▢ Mensaje de texto (SMS)  ▢ Llamada automática  ▢ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PARTE 4 — PREGUNTAS ABIERTAS**   * 1. **¿Qué le gustaría agregar a un gestor de medicamentos para que le sea realmente útil?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   2. **¿Qué dificultades personales enfrenta al seguir su tratamiento médico?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **FIN DE LA ENCUESTA.  ¡Muchas gracias por su aporte profesional!** |