



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad
crónica degenerativa del C.S.TI SAN ANDRÉS AHUAYUCAN
durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-CoV-2**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Presenta:

Ortega Castañeda Celeste

Serna Moreno María Guadalupe

Asesor:

Nicolas Cruz Erika Jazmín

Contreras Garfias María Elena

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
ESTADO DEL ARTE	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS	24
JUSTIFICACIÓN	24
METODOLOGÍA	25
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍAS	45
Anexos	54

INTRODUCCIÓN

Actualmente las enfermedades crónicas degenerativas se encuentran entre las primeras causas de morbilidad, generalmente entre la población adulta. Entre ellas destacan la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y la hipertensión arterial sistémica.¹ Se estima que en México más de 30 millones de personas viven con hipertensión arterial; es decir, una de cada cuatro tiene este padecimiento, y 46 por ciento lo desconoce, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2020, señalan que 24.9 por ciento de los hombres y 26.1 por ciento de las mujeres padece hipertensión Arterial sistémica, y cada año ocasiona cerca de 50 mil fallecimientos.² Mientras que la diabetes Mellitus en sus últimas cifras de acuerdo al instrumento de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2018, estimó que 10.3% de la población tenía diagnóstico previo de diabetes, de los cuales el 87% recibe tratamiento y sólo el 25% se encontraba en buen Control Glucémico (CG).³ Al categorizar por sexo, 13.22% (5.1 millones) de las mujeres de 20 años y más disponían de este diagnóstico y 7.75% (3.4 millones) en los hombres de 20 años y más.⁴ Es decir, la enfermedad está más presente en las mujeres que en los hombres afectando el proceso de envejecimiento de las personas y se debe en gran medida a malos hábitos saludables generados durante su vida. Razón para generar una reflexión para su control correcto, esto, para evitar complicaciones que pueden causar discapacidades que tienden a disminuir la calidad de vida. Durante la pandemia de Covid-19 influyó de manera “decisiva” en el control de enfermedades entre ellas las enfermedades crónicas, pues el confinamiento llevó a la suspensión de actividades físicas y recreativas, se prolongó las citas asignadas a su control ocasionando desapego a la adherencia terapéutica. Por lo anterior se consideró importante llevar a cabo la presente investigación en la cual se profundiza más en el tema a través del marco teórico, los cuales permiten comprender la problemática. Además, pretende plantear estrategias que en un futuro ayuden a lograr un correcto seguimiento de su padecimiento.

El objetivo planteado fue: identificar la relación entre el confinamiento y el incumplimiento al tratamiento del seguimiento de los pacientes crónicos del C.S. T-I San Andrés Ahuayucan del periodo 2020-2021, e identificar las principales causas del no apego a su tratamiento.

La metodología empleada fue a través de un estudio cuantitativo observacional descriptivo, mediante una muestra de 65 pacientes crónicos que acuden a control en el C.S. T-I San Andrés Ahuayucan, en la delegación Xochimilco. Se elaboró un cuestionario para la recopilación de los datos necesarios donde se abordaron diferentes aspectos sobre adherencia terapéutica. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en el periodo de abril del 2022.

MARCO TEÓRICO

1.1 Enfermedad crónica degenerativa

Las enfermedades crónicas degenerativas (ECD) comprenden un problema de salud pública que aqueja a la población en general, la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión, síndrome metabólico (SM) y enfermedades cardiovasculares (ECV), crean una espiral en el aumento de la pobreza y la enfermedad. Hombres y mujeres se ven afectados casi por igual y una cuarta parte de todas las defunciones resultantes de una enfermedad crónica son de personas menores de 60 años. A pesar de esta terrible carga, el conocimiento científico para prevenir y controlar las enfermedades crónicas ya existe, sin embargo permanece latente. La alta prevalencia de ECD tanto a nivel mundial como nacional, representa un problema de salud pública muy grave para la población adulta en general.⁵

De acuerdo a la OMS, en 2017 murieron 40 millones de personas con alguna ECD. Tres cuartas partes de las muertes por ECD (28 millones) ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Las enfermedades cardiovasculares representan la mayoría de las muertes por ECD (17,7 millones de personas) al año, seguidas de cánceres (8,8 millones), enfermedades respiratorias (3,9 millones) y diabetes (1,6

millones). A nivel mundial, la presión arterial es el principal factor de riesgo metabólico en términos de muertes atribuibles que representan el 18,0%, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo, seguido del sobrepeso, la obesidad y el aumento de la glucosa en sangre. ⁶

1.1.1 Diabetes Mellitus

El término diabetes mellitus (DM) define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a un defecto en la secreción de la insulina, en la acción de esta, o en ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. ⁷ Actualmente es un grave problema de salud pública global. Si no se implementan medidas apropiadas para abordar la carga, esto podría resultar en complicaciones serias para los pacientes y costos innecesariamente altos para el sistema de salud del país. Se debe tener en cuenta la detección activa del nivel elevado de glucosa en sangre, particularmente en el entorno comunitario. ⁸

La diabetes mellitus tipo 2 se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento indudable en la morbilidad y mortalidad en los últimos años, independientemente de las circunstancias sociales, culturales y económicas de los países. ⁹ Desde 1980, la prevalencia de diabetes en algunos países, se ha mantenido sin cambios. Pero en otros países debido al aumento del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población, este aumento ha llevado a casi cuadruplicar el número de adultos con diabetes en todo el mundo,

afectando mayormente a países de ingresos bajos y medios que en los países de ingresos altos.¹⁰

En el mundo, la diabetes ha aumentado considerablemente, de 108 millones de individuos a nivel mundial en el año 1980, hasta aproximadamente 422 millones para el año 2014, representando una prevalencia de 8,5%. Este informe mundial sobre la DM2 publicado por la OMS pone de relieve la enorme escala del problema de la incidencia de la DM2, propone intervenciones para prevenirla y tratarla, la estrategia mundial OMS es modificar régimen alimentario, aumentar la actividad física y reducción del sobrepeso.¹¹

A nivel nacional en las últimas cifras de la ENSANUT en 2018, estimó que 10.3% de la población tenía diagnóstico previo de diabetes, de los cuales el 87% recibe tratamiento y sólo el 25% se encontraba en buen Control Glucémico (CG).³

Los diabéticos con diagnóstico previo reportaron que las complicaciones de su enfermedad fueron mayoritariamente visión disminuida a (54.5%), daño en retina (11.19%), pérdida de la vista (9.9%), úlceras (9.14%) y amputaciones (5.5%), casi tres veces más a lo reportado en 2012.

Por sexo, 13.22% (5.1 millones) de las mujeres de 20 años y más disponían de este diagnóstico y 7.75% (3.4 millones) en los hombres de 20 años y más. Es decir, la enfermedad está más presente en las mujeres que en los hombres. . Por último, 46.4% de los adultos con diabetes no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones.⁴

La DT2 es un problema de salud pública prominente en México. En las últimas décadas se ha observado en este país una tendencia alarmante y de rápido crecimiento en la prevalencia. Esta prevalencia no solo se asocia con un aumento del riesgo cardiovascular, sino que también confiere un mayor riesgo de retinopatía diabética, amputaciones de extremidades e insuficiencia renal.¹²

El impacto de la DT2 en la mortalidad ha aumentado progresivamente en México. Desde 1998, la DT2 se encuentra entre las principales causas de muerte

en México. En el 2000, la DT2 se convirtió en la principal causa de mortalidad general en México, siendo responsable del 10.7% de las muertes registradas ese año. Desde el año 2000, la DT2 ha sido la causa más común de muerte en mujeres y la segunda causa más común en hombres, después de las enfermedades coronarias. Para toda la población diabética en México, la edad promedio de muerte es de 66.7 años.¹³

Es importante mencionar que dentro de los factores de riesgo para desarrollar DM2, algunos se pueden modificarse si se detectan tempranamente. Algunos factores de riesgo para desarrollar DM2 son: sobrepeso; obesidad; sedentarismo; familiares de primer grado con diabetes; >45 años; una circunferencia de cintura mayor de 80 cm en las mujeres, y 90 cm en los hombres; glucemia de riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, >111 mg/dl en ayuno, y >140 mg/dl en el periodo postprandial inmediato. Asimismo, el síndrome metabólico incrementa el riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2; el síndrome se define como la constelación de anormalidades bioquímicas, fisiológicas y antropométricas que ocurren simultáneamente, y que pueden dar lugar a la resistencia a la insulina y al incremento del riesgo para desarrollar diabetes mellitus.

Es importante implementar medidas de prevenciones en la población, especialmente educativas y orientadas para una mejor alimentación y aumento de la actividad física, para intentar disminuir la alta prevalencia de síndrome metabólico y Diabetes Mellitus.¹⁴

Educar al paciente en salud es prepararlo con los conocimientos y destrezas necesarias para poder llevar a cabo de manera correcta el tratamiento, así como motivar y hacerlo responsable de su autocuidado, sin afectar su confianza en el mismo y bienestar general. El objetivo de educarlo en cuanto a su tratamiento, de manera general, es asegurar al paciente y a su familia que reciban una adecuada educación para cumplir de manera correcta el tratamiento y así evitar que existan complicaciones en un futuro.

Sin embargo, estudios internacionales demuestran que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan una tasa de no adherencia entre 30 y 51% con antidiabéticos orales y de 25% en pacientes que usan insulina.¹⁵

La adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus es una estrategia que permite al paciente mantener la afectación de esta enfermedad en un mismo nivel de manera que evita que progrese al tiempo que permite alcanzar cambios significativos en el comportamiento que permite mejorar su calidad de vida. Sin embargo, la falta de adherencia constituye actualmente una de las mayores preocupaciones en la práctica clínica porque se estima que entre el 20 y 50% de los pacientes no cumplen con las indicaciones terapéuticas que realizan los especialistas.¹⁶

1.1.2 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada; caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg. La sangre se distribuye desde el corazón a todo el cuerpo por medio de los vasos sanguíneos. Con cada latido, el corazón bombea sangre a los vasos. La tensión arterial se genera por la fuerza de la sangre que empuja las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) cuando el corazón bombea. Cuanto más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear. Es un trastorno médico grave que puede incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrales, renales y otras.¹⁷

A nivel mundial se califica como un serio problema de salud, afecta a más de mil millones de personas y causa más de diez millones de muertes cada año; pues conlleva a diversas complicaciones hacia la persona que la padece, esto se traduce en la presentación de otras condiciones crónicas que repercuten en otros sistemas del organismo. Más de 47% de las personas hipertensas no saben que padecen hipertensión; de las que lo saben, solo 35% están bajo tratamiento farmacológico. A escala mundial, solo una de cada siete personas hipertensas

tiene la presión arterial (PA) controlada (es decir, una meta clínica de PA < 140/90 mmHg).¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas como fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización. En Latinoamérica, la mitad de los pacientes hipertensos abandonan por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos; y, debido a la deficiente adherencia al tratamiento anti-hipertensor, aproximadamente, un 75% de los pacientes con diagnóstico de HTA no logran el control óptimo de la presión arterial.¹⁹

En México, uno de cada tres mexicanos mayores de edad padece hipertensión arterial sistémica. En 2015, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estimó una población de 121 millones de habitantes, de los que 76.4 millones tendrán 20 años o más, con prevalencia de hipertensión arterial sistémica de 31%; estimado global de población hipertensa para 2015 de 23.7 millones. Durante estas dos últimas décadas, la hipertensión arterial se ha mantenido entre las primeras nueve causas de muerte en México y en estos últimos años, ha aumentado la tasa de mortalidad 29.9%, lo que ubicó a la hipertensión arterial sistémica en 2015 como la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles.²⁰

De acuerdo con la ENSANUT 2016 el porcentaje de adultos con tratamiento farmacológico fue relativamente alto (79.3%); sin embargo, solamente la mitad de ellos tenía una tensión arterial controlada, menos de 20% practicaba modificaciones en su estilo de vida y 12.7% medía su tensión arterial al menos una vez a la semana. En México, a pesar de que la mayoría de los adultos con HTA tiene tratamiento farmacológico, se desconoce el tipo de fármaco que utilizan, la dosis y el porcentaje de adherencia.²¹

La hipertensión es considerada como un factor de riesgo para presentar síndrome coronario y evento vascular cerebral, dos de las principales causas de muerte en países en vías de desarrollo. La obesidad, la dislipidemia y el sedentarismo en conjunto con la hipertensión arterial son causantes de más de 12% de las muertes en todo el mundo.²²

Como en otras patologías crónicas, la adherencia terapéutica se relaciona con la adaptación de los cambios de estilo de vida, como una dieta baja en sal, grasa saturada y colesterol, la realización de actividad física y terapia farmacológica. El estilo de vida que desarrolla la persona va a influir de una forma positiva o negativa en su estado de salud. Un estilo de vida donde se incluyen malos hábitos alimentarios, inactividad física y hábitos tóxicos, tienen repercusión en la salud humana. El adoptar hábitos saludables es fundamental para que las personas no desarrollen enfermedades cardiovasculares o diabetes.²³

1.1.3 Obesidad

La obesidad se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, secundario a diferentes causas, incluyendo desbalance energético, fármacos y patología genética. La Federación Mundial de Obesidad (World Obesity Federation) la ha definido como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, enfatizando en la necesidad de acción inmediata para la prevención y control de esta.²⁴

Hace cuarenta años, en el mundo el número de personas con peso bajo era mucho mayor que el de las personas obesas. Esta situación se ha invertido y en la actualidad el número de personas obesas duplica el número de personas con peso bajo. De mantenerse la tendencia, para el año 2030 más de 40% de la población del planeta tendrá sobrepeso y más de la quinta parte será obesa.²⁵

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo, llegando en el año 2014 a más de 1 900 millones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones con obesidad, lo que implica una prevalencia en adultos mayores de 18 años de 39% de sobrepeso y 13% de obesidad. Con respecto a la población

infantil, existen más de 41 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad a nivel mundial, lo que ha significado un incremento de cerca de 11 millones en los últimos 15 años.²⁶

Según la FAO (4), en la región de las Américas el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. Cabe destacar que el aumento de la obesidad en América Latina y el Caribe impacta de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayores que la de los hombres.²⁷

La obesidad es un grave problema de salud pública porque es un importante factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, que son las de mayor carga de morbimortalidad en el mundo. Un IMC elevado se relaciona con problemas metabólicos, como resistencia a la insulina, aumento del colesterol y triglicéridos. El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de problemas cardiovasculares, como coronariopatías y accidente cerebrovascular. El riesgo de diabetes mellitus de tipo 2 aumenta proporcionalmente con la elevación del IMC. Igualmente, un IMC elevado también aumenta el riesgo para algunos cánceres y patologías osteoarticulares.²⁸

En América Latina, México se posiciona dentro de los primeros cinco países con mayor prevalencia de obesidad en todos los grupos de edad y género, con una prevalencia en adultos (mayores de 20 años) de 20,6% en hombres y 32,7% en mujeres, y en menores de 20 años de 10,5% en niños y 9,8% en niñas.²⁹

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) el panorama de esta epidemia se encontró que en la población de 5 a 11 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 33.2%, es decir, tres de cada 10 menores padecen estas enfermedades, en los adolescentes de entre 12 y 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3%, existiendo un aumento en el sexo femenino, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad para los adultos de 20 años o más fue de 72.5%, siendo

más altas en el sexo femenino y aunque la diferencia de las prevalencias entre área urbana y rural no es significativa, se observa un incremento en la prevalencia de ambas regiones.³⁰

1.2 Adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico de base, es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad de los tratamientos, de modo que ésta cobra importancia al comportarse como uno de los factores modificables que inciden directamente en los resultados del tratamiento.³¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de una persona -toma el medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos beneficios y las claves para la acción.³²

La OMS clasificó los factores que intervienen en la adherencia terapéutica en cinco dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la patología y factores relacionados con el paciente.³³

1.2.1 Factores socioeconómicos:

Dentro del gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que atañe a los encargados de la toma de decisiones, administradores en salud, farmacéuticos y a los propios pacientes.³⁴

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia. El gasto en salud por parte del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos.

El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública. Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales. Los principales problemas socioeconómicos que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro de

tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de los medicamentos, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento y la disfunción familiar, y los conflictos sociales como las guerras y los desplazamientos forzados. El costo elevado de los medicamentos y la atención se informa constantemente como una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo. Para alcanzar buenas tasas de adherencia a los tratamientos se requiere financiamiento general y sostenible, protección del estado en salud, precios asequibles y sistemas de distribución de medicamentos de forma confiables. Igualmente se ha informado que, a las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica. Por lo que el apoyo socioeconómico del estado, la comunidad y la familia, puede mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los pacientes mayores con procesos crónicos. La participación de las organizaciones y de los profesionales comunitarios de la salud ha probado ser eficaz para promover el mantenimiento y la motivación necesarios para el autocuidado de las personas mayores, así como para mantener al paciente activo en el conocimiento de su enfermedad y en la adquisición de nuevos hábitos.³⁵

1.2.2 Factores relacionados con el tratamiento:

La complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos secundarios, la mejoría de síntomas, el olvido, el número de medicamentos prescritos, conocimientos sobre el tratamiento, duración de este y cobertura y coste de la medicación. Las tasas más altas de no adherencia al tratamiento se producen cuando el tratamiento se realiza en el medio extrahospitalario. La prescripción por principio activo supone un factor de confusión para los ancianos, así como las vías de administración incómodas (vía rectal e intramuscular).

Se ha comprobado que los regímenes de medicación mono dosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis. El no recibir las dosis prescritas es una de las causas más frecuentes de falta de adherencia.

Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.³⁶

1.2.3 Factores relacionados con el paciente:

Entre ellos destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental. La falta de adherencia hace que los costos para el paciente sean sustancialmente más altos; sin embargo, existen muy pocos estudios para realizar intervenciones a este nivel.

1.2.4 Factores relacionados con la enfermedad:

Son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

1.2.5 Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria:

Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

La empatía médico- paciente es otro factor que afecta la adherencia terapéutica, es decir la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; la actitud frente al médico, ante la enfermedad, y el tratamiento; las características del medio terapéutico. Puede no existir una adecuada información acerca de la duración del tratamiento, cambios en el estilo de vida que implica parte de tratamiento no farmacológico, puesto que si existe falta de convencimiento a cerca de la efectividad del tratamiento por parte del paciente es posible que lo abandone; además de la implicación de las enfermedades no transmisibles con las costumbres sobre alimentos y actividad física difícil de adquirir, todo esto influye negativamente sobre la adherencia.³⁷

Se ha demostrado que la falta de adherencia se asocia con aumento en el número de hospitalizaciones entre los pacientes; esto aumenta el costo de los recursos sanitarios, así como el desgaste del personal de salud.³⁸

ESTADO DEL ARTE

Para la realización del estado del arte se realizó un cuadro mencionando estudios en sobre el impacto provocado por el covid-19 en relación al tratamiento y seguimiento de pacientes crónicos, en algunos países de Latinoamérica y España, los cuales fueron localizados en fuentes cibergraficas del navegador Google con referencia al tema "control crónico, adherencia al tratamiento, covid-19, impacto, seguimiento, repercusiones".

Buscador: Google		Enunciado: Control crónico, adherencia al tratamiento, covid-19, impacto, repercusiones.				
Fecha: Diciembre 2021- Marzo 2022						
No.	Título	Resumen	Tipo de investigación		Utilidad	
			Cualitativa	Cuantitativa	Si	No
1	Cambios en el paciente hipertenso durante el confinamiento por pandemia de COVID-19, que podría modificar su riesgo cardiovascular https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-	La investigación de Villasuso titulado "Cambios en el paciente hipertenso durante el confinamiento por pandemia de covid-19, que puede modificar su riesgo cardiovascular" Que tiene como objetivo determinar los cambios en los hábitos de estilos de vida saludable y control de la HTA durante el confinamiento por COVID-19, en hipertensos tratados que pudieran agravar su RCV. Tipo de estudio observacional, descriptivo y transversal realizado del 10 de junio al 10 de julio en farmacias comunitarias de toda España donde trabajan farmacéuticos comunitarios del grupo de trabajo de HTA y RCV de SEFAC, que voluntariamente se quisieron adherir al proyecto. Se consensaron los ítems de la encuesta, teniendo en cuenta los objetivos y las condiciones de post confinamiento en las que se iba a pasar, por lo que debía ser ágil y dinámica. La participación en la encuesta se ofrecía durante la dispensación del tratamiento antihipertensivo a pacientes adultos, previo consentimiento informado verbal. Los resultados obtenidos de acuerdo a los que participaron 29 farmacéuticos de 7 comunidades autónomas. Se entrevistó a 215 pacientes hipertensos, mayoría mujeres (57,0 %) y con una media de 135,9 ± 102,9 meses de tratamiento antihipertensivo. El	Sí		Sí	

	<p><u>article/cambios-paciente-hipertenso-durante-confinamiento-pandemia-covid-19-que-podrian-0</u></p>	<p>28,8 % eran pacientes con diabetes y 55,8 % con dislipemia. El resto de resultados está en las comunicaciones 2, 3 y 4 de este proyecto. En cuanto a conclusiones se determinó necesario conocer los cambios en los hábitos de estilo de vida producidos en el paciente hipertenso durante el confinamiento que podrían haber modificado sus valores de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y con ello su riesgo cardiovascular (RCV), para poder recomendar las medidas más adecuadas y adaptadas al paciente. ³⁹</p>			
<p>2</p>	<p>Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad.</p> <p><u>https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim153g.pdf</u></p>	<p>Estudio realizado por Rodríguez I con el tema "Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos", que tiene como objetivo determinar el grado de apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, así como apego al tratamiento de las comorbilidades asociadas con más frecuencia, como hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia y obesidad; además de identificar las principales causas de no apego a los tratamientos, realizar el estudio estadístico de los datos, analizar y discutir los resultados arrojados en el estudio, con método de estudio monocéntrico, longitudinal, observacional y analítico efectuado en pacientes mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 2 de más de seis meses de diagnóstico, con o sin comorbilidades, como hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia y obesidad, que acuden a la consulta externa de Medicina Interna de un centro de salud del Distrito Federal. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico menor a seis meses y que tuvieran diagnóstico de con diagnóstico menor a seis meses de diagnóstico de comorbilidades que influyeran en el apego al tratamiento; como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiper o hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral, entre otras,. como resultado se encontraron 22 pacientes diabéticos controlados y 33 pacientes diabéticos no controlados; de los pacientes diabéticos controlados, 11 tenían buen apego, 4, regular apego y 7, mal apego al tratamiento. De los 33 pacientes diabéticos no controlados, 10 tenían buen apego, 18, regular apego y 5, mal apego al tratamiento; el factor económico fue la principal causa de mal apego al tratamiento y en conclusión de acuerdo con las metas establecidas (control glucémico bueno: < 110, regular:</p>	<p>Sí</p>		<p>Sí</p>

3	<p>Factores que influyen en el comportamiento de la adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000300383</p>	<p>110-140 y malo: > 140), encontramos que algunos de los pacientes alcanzaron las metas sin tener un adecuado apego al tratamiento; sin embargo, son la minoría, porque el grueso de nuestra población controlada permaneció con regular y buen apego al tratamiento. ⁴⁰</p> <p>“Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2” donde se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, corte transversal y prospectivo, muestra de 106 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas (UNEMEs), en Villahermosa Tabasco, y tuvo como objetivo analizar los factores que influyen en el comportamiento de Adherencia al tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas en Villahermosa, en un periodo de 6 meses en el año 2018, como resultado predominó el género femenino con 68 %; el rango de edad es de 51 a 55 años con 19.8 %. En cuanto al nivel de escolaridad 70.8% con primaria y 66 % se dedican a las labores del hogar. En cuanto a los factores que influyen en el comportamiento de adherencia, 88 % lo están con el paciente y 77% con el proveedor; 56 % coinciden en que el factor socioeconómico a veces influye y 49 % refieren que los relacionados con la terapia nunca influyen. En cuanto al comportamiento de adherencia, 47 % refieren tener ventaja para adherencia, 41 % en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y el nivel de conocimientos de los pacientes, fue intermedio en 49.1 %. ⁴¹</p>	SÍ	SÍ	
4	<p>Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía.</p> <p>https://www.rep</p>	<p>Objetivo: Conocer las repercusiones del confinamiento por la pandemia de COVID-19 en los autocuidados de personas con enfermedades crónicas y en su salud percibida, e identificar factores para el manejo y la gestión de su enfermedad en situaciones de emergencia. Método: Estudio cualitativo realizado en marzo-abril de 2020, durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, en Andalucía (España), ~ mediante grupos focales virtuales usando la herramienta telemática Zoom. Se realizaron tres grupos con 34 pacientes (17 hombres y 17 mujeres) con enfermedades crónicas: artritis, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de mama y</p>	SÍ	SÍ	

	<p>ositoriosalud.es/bitstream/10668/3418/1/Prieto_RepercusionesDelConfinamiento.pdf</p>	<p>fibromialgia. Resultados: Las personas con enfermedades crónicas refirieron repercusiones del confinamiento en relación con su vivencia emocional, sus recursos de afrontamiento, la información recibida, las dificultades para el autocuidado y el contacto/acceso a los servicios sanitarios, además de sugerir aprendizajes para el futuro. Más y mejor información, formación de pacientes, colaboración directa con asociaciones de pacientes por parte de los gestores y una mejora de la accesibilidad telemática a los servicios sanitarios destacan como las principales líneas de mejora para minimizar el impacto de futuros confinamientos en el autocuidado y en la salud de las personas con enfermedades crónicas. Conclusiones: Durante el confinamiento, las personas con enfermedades crónicas experimentaron dificultades más allá del riesgo de contagio: interferencias en el cuidado y en la atención sanitaria recibida. Es necesaria mayor información y más formación a los/las pacientes y mejoras en la accesibilidad a los servicios sanitarios en situaciones de crisis sanitaria.⁴²</p>				
5	<p>Estudio del impacto de covid-19 en las personas con enfermedad crónica. https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf</p>	<p>“Estudio del impacto de covid-19 en las personas con enfermedad crónicas” que tiene como objetivo Comprender cómo la situación de confinamiento y el parón de la asistencia sanitaria en estos primeros meses provocada por la pandemia de la Covid-19 ha impactado en las personas con enfermedad crónica para concretar propuestas de mejora de la atención sanitaria pública. Se ha llevado a cabo un estudio epidemiológico observacional transversal en personas con al menos un diagnóstico de enfermedad o síntoma crónico residentes en España, durante el período de estudio entre el 29 de abril de 2020 y el 21 de junio 2020.⁴³</p>	Sí		Sí	
6	<p>Farmacia comunitaria,</p>	<p>La falta de adherencia es un problema mundial cada vez mayor y es la responsable de que los resultados esperados en salud se alejen de la</p>	Sí		Sí	

	<p>adherencia al tratamiento y covid-19.</p> <p>https://www.farmacuticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/1940/articles/fc2020-12-3-05adherencia-covid19.pdf</p>	<p>realidad, aumentando el gasto sanitario. Comprender por qué un paciente no es adherente requiere identificar los factores implicados en su caso concreto y personalizar las estrategias a seguir. Para abordar la no adherencia desde la farmacia comunitaria tenemos el protocolo de la guía ADHe+ de dispensación y uso racional del medicamento, que clasifica a los pacientes no adherentes en tres perfiles (confundido, desconfiado y banalizador), facilitando la tarea de evaluación de sus creencias hacia un medicamento en concreto y en un momento determinado. Siguiendo el protocolo propuesto por la guía, el farmacéutico puede detectar la no adherencia en los medicamentos que el paciente recoge y en los que no e indagar en las causas. Pero el momento actual que estamos viviendo de pandemia por COVID-19 está cambiando el paradigma de la cronicidad. El miedo al contagio, la ralentización de los procesos asistenciales por las nuevas medidas de higiene, la telemedicina, el confinamiento y el desconocimiento de la nueva situación por parte de pacientes y sanitarios puede afectar mucho a la adherencia terapéutica.⁴⁴</p>				
7	<p>Enfermedades crónicas no transmisibles y covid-19: la convergencia de dos crisis globales.</p> <p>https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/print/download/1387/2175/2280</p>	<p>Las epidemias de enfermedades emergentes desconocidas tales como el COVID-19 ponen a prueba no sólo la capacidad técnica y humana de los profesionales de la salud que atienden directamente a los enfermos, sino, y sobre todo, la de los sistemas de salud y a la sociedad en general. Para una adecuada comprensión de este fenómeno hay que aproximarse a ellas con un enfoque general que integre muchos elementos que, de otra forma, pueden dar solo una visión parcial del asunto. Por otra parte, una situación como esta, que amenaza la vida de muchas personas, crea una gran tensión social y la necesidad de encontrar respuestas efectivas en el menor tiempo posible. La COVID-19 es la crisis global más grave desde la Segunda Guerra Mundial.⁴⁵</p>	Sí		Sí	

8	<p>Monitoreo remoto de pacientes: una alternativa para pacientes con enfermedad crónica afectados durante la pandemia por covid- 19</p> <p>https://uhsalud.com/index.php/revhispano/articulo/download/474/295/851</p>	<p>Los pacientes crónicos han visto afectado el seguimiento de su enfermedad debido a la pandemia por COVID-19, luego de más de un año de pandemia, las numerosas restricciones y los riesgos de exposición, han afectado el flujo normal de acceso a servicios de salud generando una carga sustancial para sus familiares, el sistema de salud y principalmente para los pacientes ya que tiene mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, y su calidad de vida se ve reducida significativamente. La pandemia nos ha venido a demostrar que no estamos preparados y nos fuerza a replantearnos el modelo de salud, ¿cómo los servicios de salud pueden trascender las paredes del Hospital?, las personas pasamos la mayor parte de nuestro tiempo fuera de centros de salud, sin embargo, la promoción de salud no siempre nos llega al hogar, a los sitios de trabajo o esparcimiento. La telesalud es un tipo de servicio de salud donde los pacientes y los proveedores están separados por distancia. La telesalud utiliza Tecnologías de información (TIC) para el intercambio de datos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, investigación, evaluación, y educación continua. En una revisión sistemática de 16 estudios de telesalud con pacientes crónicos, se encontró que uno de los principales beneficios es la adquisición de conocimientos de su condición de salud y la capacidad de poder reaccionar oportunamente ante una emergencia. En una investigación en curso en Costa Rica se les consulto a 133 pacientes hipertensos sobre el uso adecuado del esfigmomanómetro o tensiómetro en el hogar y el 90% desconocía los conceptos básicos de toma de presión y uso del equipo. Lo anterior nos expone la urgente necesidad de invertir en educación al paciente y alfabetización digital como estrategias urgentes para poder expandir los servicios de salud con el uso de las TIC. ⁴⁶</p>		Sí	Sí	
9	<p>Impacto del covid-19 en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles:</p>	<p>El objetivo general del presente trabajo es evidenciar el impacto que ha tenido la pandemia del COVID-19 en el abordaje de pacientes con ECNT desde las líneas de intervención de la tercera etapa del Programa Redes de Salud, así como visibilizar las estrategias implementadas por el Programa para fortalecer la capacidad de respuesta de las jurisdicciones frente a la pandemia. El trabajo tendrá un abordaje cuali-cuantitativo a partir del procesamiento y análisis de información propia de Redes de</p>	Sí		Sí	

<p>un análisis desde el programa redes de salud.</p> <p>https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/impacto-covid-19-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.pdf</p>	<p>Salud, contenida en matrices de monitoreo y seguimiento de indicadores, informes propios del Programa, así como documentación enviada por las jurisdicciones. Para el análisis del desempeño y evolución de los indicadores vinculados a diagnóstico y seguimiento de personas con ECNT, se desagregarán datos de la matriz de indicadores de fortalecimiento de RISS por jurisdicción y sexo, de modo de identificar cambios de tendencia que puedan atribuirse a la pandemia por COVID-19. Para indagar sobre el impacto del COVID-19 en el abordaje de las ECNT se buscará responder a interrogantes planteados por OMS/OPS en estudios similares realizados en los países miembro. Las fuentes de información serán los referentes del Programa en las jurisdicciones, así como la documentación contenida en los informes de seguimiento, de diagnóstico y final de los PJI. Para el análisis de las estrategias implementadas por el Programa para fortalecer la capacidad de respuesta de las jurisdicciones frente a la pandemia, se analizará la incidencia de las transferencias financieras realizadas por el Programa en relación con los presupuestos en salud de las jurisdicciones, con principal foco en las transferencias realizadas por incentivos COVID-19. Asimismo, se analizará el ritmo de rendición y destino de los fondos transferidos, por jurisdicción. Las fuentes de información serán las planillas de transferencias y rendición cuatrimestral, según incentivo y jurisdicción, convalidadas por el Área de Administración del Programa, así como los presupuestos en la función salud de las administraciones públicas provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el periodo 2018 – primer semestre 2021.⁴⁷</p>				
---	---	--	--	--	--

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas han adquirido gran importancia en la atención primaria debido al incremento de su prevalencia y las dificultades observadas en el control, por ejemplo la diabetes mellitus en la actualidad se considera como un problema de salud pública en México al igual que otros países y a nivel mundial. En el transcurso de las dos últimas décadas, la diabetes ha venido ocupando un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de nuestro país, actualmente se ubica en el tercer lugar como causa de muerte. Por otro lado, la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, alrededor de 30.05% de la población mexicana de 20 a 69 años padece hipertensión arterial y el 61% de los individuos afectados desconocen que tienen la enfermedad.⁴⁸ Dicho lo anterior, estas cifras han repercutido en la salud de la población y han sido blanco fácil para contraer nuevas enfermedades, principalmente el covid-19 ya que en diciembre de 2019, surgió en Wuhan, China el Coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19), el cual tiene un gran impacto a nivel mundial, al grado de provocar la primera pandemia del siglo XXI, declarada el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El 28 de febrero del mismo año la Secretaría de Salud dio a conocer el primer caso importado de contagio de coronavirus en México⁴⁹, por lo tanto en el año 2020 el país vivió una etapa de aislamiento social, lo que provocó que las autoridades sanitarias de salud cambiarán la manera de atención para prevenir y no expandir la propagación del virus, de esta forma los programas de prevención y control de enfermedades crónico degenerativas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, quienes dirigen las acciones de; detección oportuna, la atención integral del paciente y el control de la enfermedad realizaron modificaciones en su plan de trabajo en cuanto al tratamiento y seguimiento de cada paciente, por lo que una de las medidas importantes fue suspender actividades presenciales⁵⁰ en los centros de atención primaria para no dejar de lado su control y seguimiento, sin embargo se han predispuesto y alargado el confinamiento debido a las diferentes variantes emergentes del Covid-19 como la Beta, Alfa, Delta, Gamma, Lambda, y recientemente Ómicron hacen más difícil acabar con la pandemia; actualmente, la variante Delta es la cepa predominante a nivel mundial, se trata de la variante que causa mayor número de infecciones y se propaga más rápidamente y con mayor facilidad. Además, a medida que la variante Delta continúa extendiéndose. Son numerosas las mutaciones que han ido surgiendo hasta la actualidad, lo que podría conllevar a una mayor

transmisibilidad o el posible escape a la efectividad de las vacunas desarrolladas ⁴³, por consiguiente la seguridad y salud de las personas en general se sigue viendo afectadas principalmente a la población adulta mayor con factores de riesgo presentes en los pacientes que adquieren Covid-19 en relación con las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares.⁵¹

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El aislamiento ocasionado por el coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19), fue el factor para que los pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andrés Ahuayucan abandonaran su seguimiento y control de tratamiento durante el periodo 2020-2021?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar la relación entre el confinamiento y el incumplimiento al tratamiento del seguimiento de los pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S. T-I San Andrés Ahuayucan del periodo 2020-2021.

Objetivo específico

- Identificar los factores que provocaron el desapego al tratamiento y al seguimiento del control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa que llevan control en el CST-I San Andrés Ahuayucan.
- Dar a conocer si los pacientes mantenían tratamiento farmacológico o no farmacológico
- Conocer cuál fue la opción más factible de los pacientes para seguir su tratamiento.
- Conocer si cambiaron hábitos alimenticios para mejorar su salud durante el aislamiento.

HIPÓTESIS

Debido al confinamiento por la pandemia por el virus SARS-COV2 provocó repercusiones en relación al control, tratamiento y cuidado de los pacientes con enfermedad crónica degenerativa que llevan su seguimiento en el C.S.T-I San Andrés Ahuayucan los cuales son residentes del Pueblo con el mismo nombre del centro de salud, perteneciente a la delegación Xochimilco.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas generan un alto impacto sobre la salud, el bienestar y la economía, durante el confinamiento por el virus SARS-COV2 se observó un aumento en la tasa de letalidad en adultos mayores de 60 años y en personas que padecen otras enfermedades, entre las cuales destaca la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y entre otras.⁵² Lo que generó preocupación a la población Mexicana diagnosticada con alguna Enfermedad crónica ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 80 % de todas las enfermedades crónicas ocurren en países de bajos y medianos ingresos, donde vive la mayoría de la población mundial y, por supuesto, afectan la calidad de vida de los ciudadanos y los presupuestos destinados a la salud, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.⁵³ Debido a los bajos presupuestos y el alto costo de medicamentos la población ha suspendido, abandonado y algunas otras aún han manteniendo su tratamiento firmemente debido a las complicaciones que repercuten a su salud, por estas razones es importante dar a conocer de qué manera los pacientes llevaron su tratamiento y seguimiento de la enfermedad en relación al confinamiento durante el periodo 2020-2021, cuáles fueron las estrategias más convenientes para no abandonar su propio tratamiento e identificar si el aislamiento fue el principal factor de abandono de tratamiento de los pacientes con enfermedad crónica degenerativa que llevan su seguimiento en el C.S.T-I San Andrés Ahuayucan.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un tipo de estudio cuantitativo observacional descriptivo.

Población

Se llevará a cabo en la delegación Xochimilco en pacientes con enfermedad crónica degenerativa que acuden a control en el C.S. T-I San Andrés Ahuayucan.

Criterios de selección

Pacientes crónicos:

- Que acudan a control crónico en el C.S. T-I San Andrés Ahuayucan.
- Que hayan iniciado su control en el periodo de 2019-2020.
- Únicamente pacientes que sean diabéticos e hipertensos.
- Que acepten contestar el cuestionario.
- Que hayan completado el cuestionario.
- Que hayan leído y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes crónicos:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes que no firmen acuerdo de consentimiento informado
- Pacientes sin completar cuestionario.
- Pacientes que hayan iniciado control crónico durante el año 2022.
- Pacientes que no llevan seguimiento de control crónico en el C.S. T-I San Andrés Ahuayucan.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios que por algún motivo no se contestaron en forma completa

Procedimiento de cuestionario

En base al tamaño de muestra calculado previamente, se seleccionó a pacientes diabéticos e hipertensos que asisten a su control de tratamiento en el C.S.T-I San Andrés Ahuayucan. Para el procedimiento de selección se solicitó permiso y autorización a la jefatura del área de Enfermería del C.S.T-II San Mateo Xalpa, ubicada en carretera Xochimilco- Topilejo S/N, para poder realizar un cuestionario a los pacientes al momento de acudir a su consulta programada de control mensual con su médico familiar respectivo. La formación de dicho cuestionario fue escrita y realizada por estudiantes egresadas de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco quienes realizan su pasantía en el C.S.T-I San Andrés Ahuayucan; enfocado al tema de investigación titulado "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I SAN ANDRÉS AHUAYUCAN durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2". Los cuestionarios se llevaron a cabo de manera física y presencial antes o después de la consulta mensual programada durante el mes de abril, dentro de las instalaciones del Centro de Salud, utilizando únicamente como herramientas, hoja de papel tamaño carta (cuestionario), tabla de plástico y pluma de tinta negra o azul, el cual fue supervisado por las pasantes de enfermería.

Antes de iniciar con el cuestionario se leyó y firmó "el consentimiento consciente, libre e informado en un estado físico, psicológico y jurídico", compatible con su derecho de elegir su realización. El formato de cuestionario se diseñó para registrar la situación de cada una de las variables obtenidas en las encuestas realizadas mediante la observación, añadiéndose 14 preguntas en las cuales había preguntas abiertas, cerradas o de opción múltiple las cuales se ven a continuación en el siguiente cuadro:

OPERACIÓN DE VARIABLES			
Nombre de Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
1. Edad	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro. ⁵⁴	Numérica de intervalo	<ul style="list-style-type: none">• 27-37 años.• 38-48 años.• 49-59 años.• 60-70 años.

			<ul style="list-style-type: none"> • 71-81 años.
2. Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de los seres vivos. ⁵⁵	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
3. ¿Usted padece diabetes, hipertensión o ambas?	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Categoría	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Hipertensión • Ambas
4. ¿Cuántos años lleva con su tratamiento?	Tiempo en años que tiene con su padecimiento.	Numérica de intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • 4-8 años. • 9-13 años • 14-18 años. • 19-23 años.
5. En qué consiste su tratamiento (mencione medicamento)	Reconoce correctamente su tratamiento.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si conoce • No conoce • No recuerda
6. Durante el confinamiento usted acudió al médico particular para seguir con su control de tratamiento o siguió acudiendo a su centro de salud	Lugar donde fue atendido para su seguimiento de tratamiento.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Salud • Medico particular
7.-En situaciones de aumento de la presión (crisis hipertensivas) o alteraciones de azúcar en sangre ¿a donde acudió	Opción más viable para ser atendido en situación de una emergencia respecto a su enfermedad.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Particular (similares) • Centro de Salud • Se auto medico • Hospital

para ser atendido?			
8. ¿En algún momento cambio o sustituyo su tratamiento por algún remedio casero?	Hubo sustitución de su tratamiento por algún remedio casero.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
9. ¿El día de hoy tomó su medicamento?	Cumplimiento del tratamiento: tomar medicamento correcto en su horario.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
10. Durante el periodo de confinamiento ¿qué estrategias llevo a cabo para poder seguir su tratamiento de manera correcta?	Estrategia para una correcta adherencia terapéutica durante el confinamiento.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • AACC= Acudir a consultas de control • COU= Cronograma u organizador • RDFOPS= Recordatorio de familiar o personal de salud. • N= Ninguna
11.-Durante el periodo de la pandemia ¿usted en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento de su padecimiento?	En el periodo de la pandemia hubo abandono de tratamiento y seguimiento de la enfermedad.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

12. ¿Qué hicieron para mantener un estilo de vida saludable?	Cambios que adquirieron para mejorar su estilo de vida durante el confinamiento.	Categoría	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento médico • Dieta y ejercicio • Ejercicio • Comida saludable
13. ¿Qué suceso provocaría que abandone su tratamiento?	Factores que intervinieron para no acudir a su control de manera correcta.	Categoría	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Por falta de dinero • Falta de apoyo familiar • Desabasto de medicamento.
14. ¿Cuánto tiempo tiene que regresó a sus revisiones rutinarias?	Tiempo en meses para volver a incorporarse a sus consultas de control mensual nuevamente.	Numérica discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca falte • 2 meses • 3 meses • 4 meses • 5 meses • 6 meses • 7 meses • 8 meses

Durante las preguntas se brindó apoyo a los adultos mayores para facilitar el llenado, o aclaración de alguna duda, considerando que fueron preguntas sencillas y de fácil comprensión donde se capturo los datos más relevantes, en el aspecto de "conocimiento e identificación del medicamento que están tomando", "cumplimiento del tratamiento en tiempo y forma", "sustitución de tratamiento por algún remedio casero", "factores que intervinieron para no llevaran un control correcto" y "Lugar donde acudieron para ser atendidos para su control crónico". Dentro del sistema de evaluación se incluyó la aplicación de la observación clínica centrada en la enfermedad para obtener información que permitió estimar algunos factores vinculados a la adherencia terapéutica (tiempo de evolución), características del régimen terapéutico (modalidades, factores que intervinieron a la adherencia terapéutica), dirigidos únicamente a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión descritos previamente. Finalmente al concluir los cuestionarios se les agradeció de manera verbal la participación y el tiempo estimado para contestarlo.

RESULTADOS

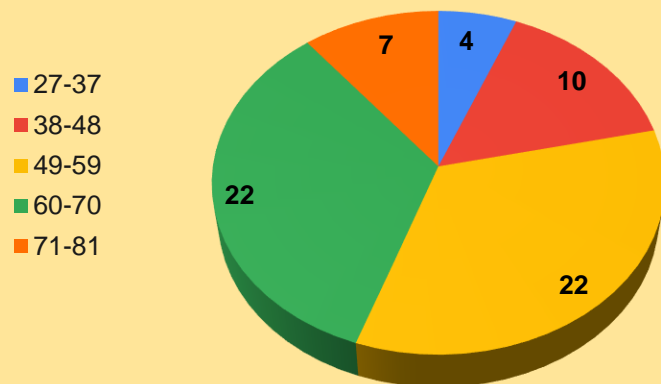
Con un total de 65 cuestionarios contestados se realizó la captura y evaluación de cada pregunta los datos obtenidos son los siguientes:

Estudio conformado por 65 pacientes del Centro de Salud, con edad mínima de 27 años y máxima de 75. Se realizó una agrupación de edades con una amplitud de 10 años que son las siguientes de 27 a 37 años solo 6,2% están dentro del rango de edad, de 38 a 48 años solo 15,4%, de 49 a 59 años y de 60 a 70 hubo una igualdad del 33,8% por cada rango, de 71 a 81 años se obtuvo un porcentaje de 10,8%. (**Tabla 1**).

Tabla 1. Edad de los pacientes

Edades	Personas	Porcentaje %
27-37	4	6.00%
38-48	10	15.00%
49-59	22	34.00%
60-70	22	34.00%
71-81	7	11.00%
Total	65	100.00%

(Gráfico 1). Edad de los pacientes



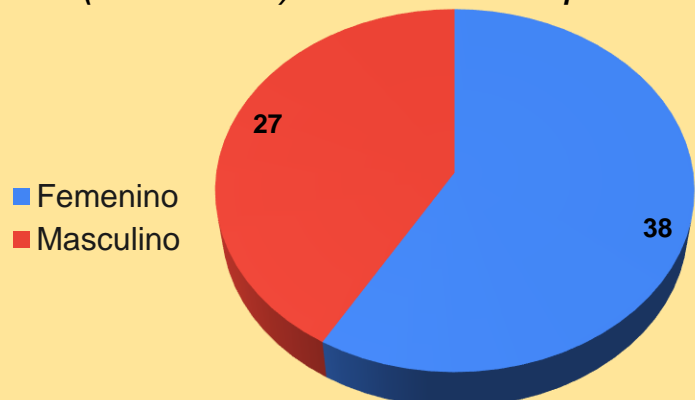
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

Con un total de 65 pacientes en donde el 58,5% lo conforman el sexo Femenino y el 41,5% lo conforma el sexo Masculino. (**Tabla 2**)

Tabla 2. Sexo de los pacientes

Sexo	No. de pacientes	Porcentaje
Femenino	38	58.5%
Masculino	27	41.5%
Total	65	100.0%

(Gráfico 2). Sexo de los pacientes



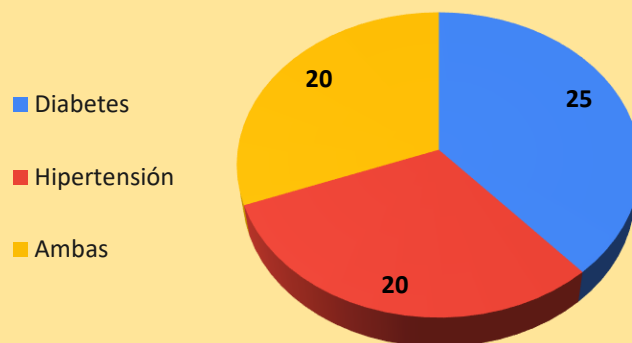
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta ¿Usted padece diabetes, hipertensión o ambas? se observó que 38,5% pacientes padecen Diabetes, mientras que 30,8% personas presentan hipertensión arterial y 30,8% padecen ambas enfermedades. (Tabla 3)

Tabla 3. ¿Usted padece diabetes, hipertensión o ambas?

Enfermedad	No. Personas	Porcentaje %
Diabetes	25	38.5%
Hipertensión	20	30.8%
Ambas	20	30.8%
total	65	100.0%

(Gráfico 3). ¿Usted padece diabetes, hipertensión o ambas?



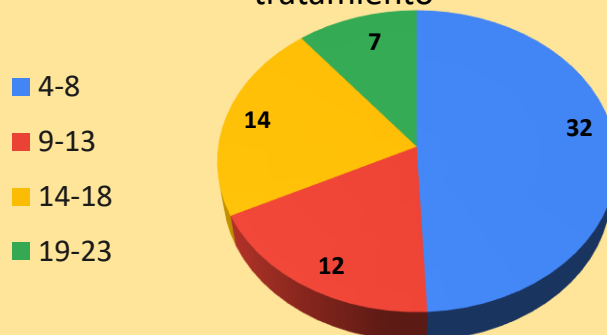
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

Para la pregunta ¿Cuántos años lleva con su tratamiento? se observa los porcentajes de 4-8 años con 49,2%, de 9-13 años con 18,5%, de 14-18 años con 21,5%, 19-23 años con 10,8%. (Tabla 4)

Tabla 4. ¿Cuántos años lleva con su tratamiento?

Intervalo de años	No. Personas	Porcentaje %
4-8	32	49.2%
9-13	12	18.5%
14-18	14	21.5%
19-23	7	10.8%
Total	65	100.0%

(Gráfica 4). Cuantos años lleva con su tratamiento



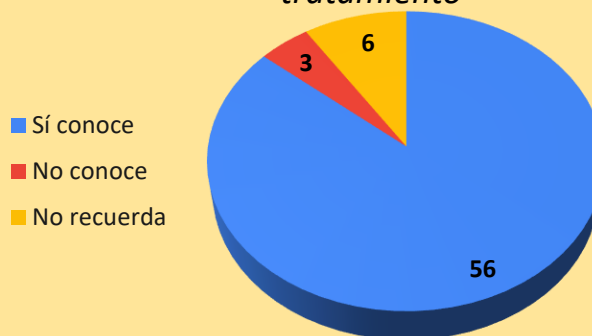
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta ¿En qué consiste su tratamiento?, se identifica que más de la mitad de las personas conocen su tratamiento y medicamento, con un porcentaje de 86,2%, mientras que 4,6% no conocen su tratamiento y 9,2% no recuerdan con exactitud su medicamento. **(Tabla 5)**

Tabla 5. Conocimiento de su tratamiento

	No. Personas	Porcentaje %
Sí conoce	56	86.2%
No conoce	3	4.6%
No recuerda	6	9.2%
Total	65	100.0%

(Gráfico 5). Conocimiento de su tratamiento



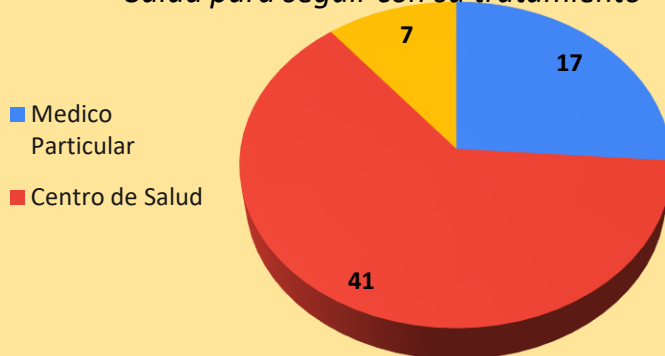
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta, Durante el confinamiento ¿Acudió al Centro de Salud o Medico Particular? Con el 63,1% Se demostró que los pacientes acudían con más frecuencia a su centro de salud, el 26.2% acudían a su médico particular como segunda opción y el 10,8% no acudía a ninguna unidad médica. **(Tabla 6)**

Tabla 6. Durante el confinamiento ¿Acudió a medico particular o al Centro de Salud?

Lugar	No. Personas	Porcentaje%
Medico Particular	17	26.2%
Centro de Salud	41	63.1%
Ninguno	7	10.8%
Total	65	100.0%

(Gráfico 6). Durante el confinamiento usted acudió a medico particular o al Centro de Salud para seguir con su tratamiento



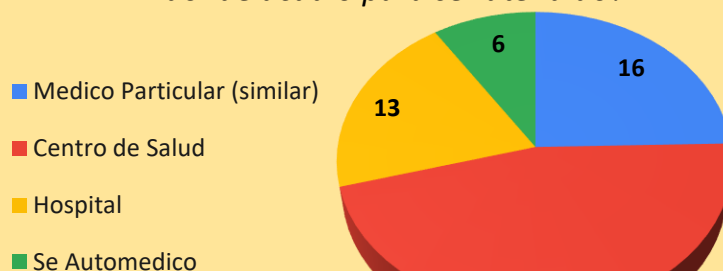
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del

De acuerdo a la pregunta, En situaciones de aumento de la presión o alteraciones del azúcar en sangre ¿A dónde acudió para ser atendido?, se observó mayor porcentaje de 46,2% que acudían al centro de salud, como segunda opción se encuentra la asistencia a Medico Particular 24,6%, seguido de 20% asistencia al hospital debido a complicaciones por covid-19 y 9,2% opto por auto medicarse por miedo a salir y contagiarse de covid-19. **(Tabla 7)**

Tabla 7. En situaciones de aumento de la presión o alteraciones de azúcar en sangre ¿A dónde acudió para ser atendido?

Lugar	No. Personas	Porcentaje %
Medico Particular (similar)	16	24.6%
Centro de Salud	30	46.2%
Hospital	13	20.0%
Se Auto medico	6	9.2%
Total	65	100.0%

(Gráfico 7). En situaciones de aumento de la presión o alteraciones de azúcar en sangre ¿A dónde acudió para ser atendido?



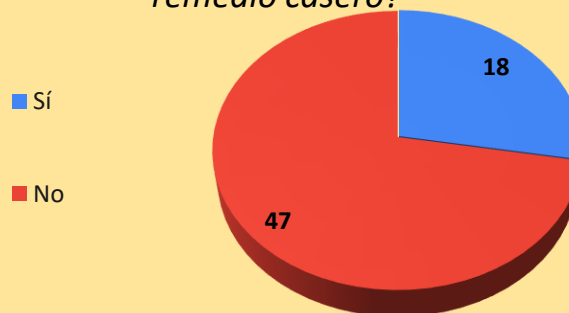
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta ¿En algún momento cambio o sustituyo su tratamiento por algún remedio casero? el 72,3% menciono no haber sustituido su tratamiento con alguno remedio y el 27,7% menciono si haber sustituido su tratamiento por algún remedio herbolario durante el periodo de confinamiento. **(Tabla 8)**

Tabla 8. ¿En algún momento sustituyo su tratamiento por algún remedio casero?

	No. Personas	Porcentaje %
Sí	18	27.7%
No	47	72.3%
Total.	65	100.0%

(Gráfico 8). ¿En algún momento sustituyo su tratamiento por algún remedio casero?



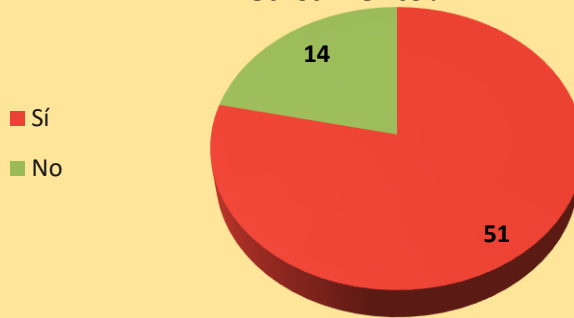
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2"

En la pregunta ¿El día de hoy tomo su medicamento? el 78,5% de los pacientes afirmo haber tomado su medicamento en tiempo y forma, mientras que el 21,5% dijo no haber tomado su medicamento. (Tabla 9)

Tabla 9. ¿El día de hoy tomo su medicamento?

	No. Personas	Porcentaje%
Sí	51	78.5%
No	14	21.5%
Total	65	100.0%

(Gráfico 9). ¿El día de hoy tomo su medicamento?



Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del

En la pregunta ¿Que estrategias llevo a cabo para poder seguir su tratamiento de manera correcta? Se obtuvo que el, 46,2% no tuvieron ninguna estrategia durante el confinamiento, Mientras que el 20% contaba con un cronograma u organizador, el otro 20% tenían un familiar que les recordara tomar y seguir las indicaciones médicas, esto para no olvidar la toma de sus medicamentos y de actividades, el 13,8% decidieron no faltar a ninguna consulta mensual. (Tabla 10)

Tabla 10. ¿Qué estrategias llevo a cabo para seguir su tratamiento de manera correcta?*

Estrategias	Pacientes	Porcentaje %
No faltar a mis consultas	9	13.8%
Cronograma u Organizador	13	20.0%
Recordatorio de algún Familiar o Personal de Salud	13	20.0%
Ninguna	30	46.2%
Total	65	100.0%

(Gráfico 10) ¿Qué estrategias llevo a cabo para seguir su tratamiento de manera correcta?

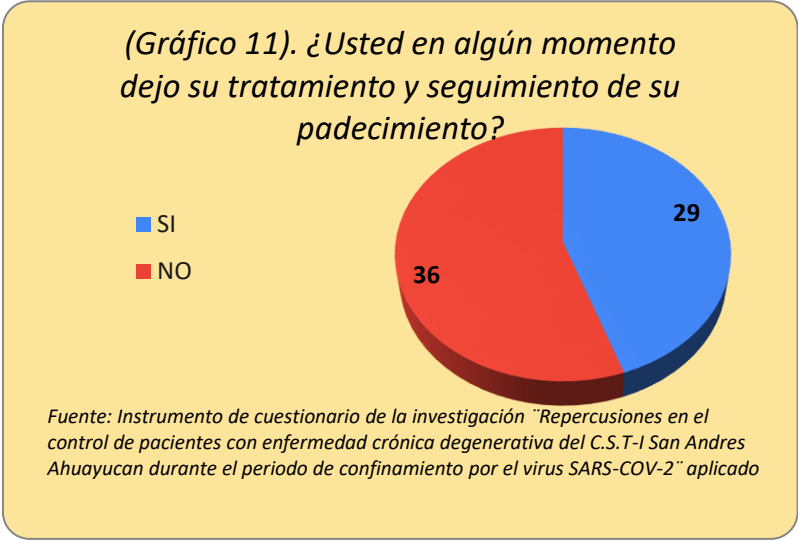


*Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado

En la pregunta, Durante el periodo de confinamiento ¿Usted en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento de su padecimiento? respondiendo con un SI el 44,6% debido a problemas económicos, problemas familiares y propios del confinamiento, mientras que el 55,4% mencionaron que No dejaron su tratamiento en ningún momento, principalmente por razón en cuanto a su salud. **(Tabla 11)**

Tabla 11. Durante el periodo de la pandemia ¿usted en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento?

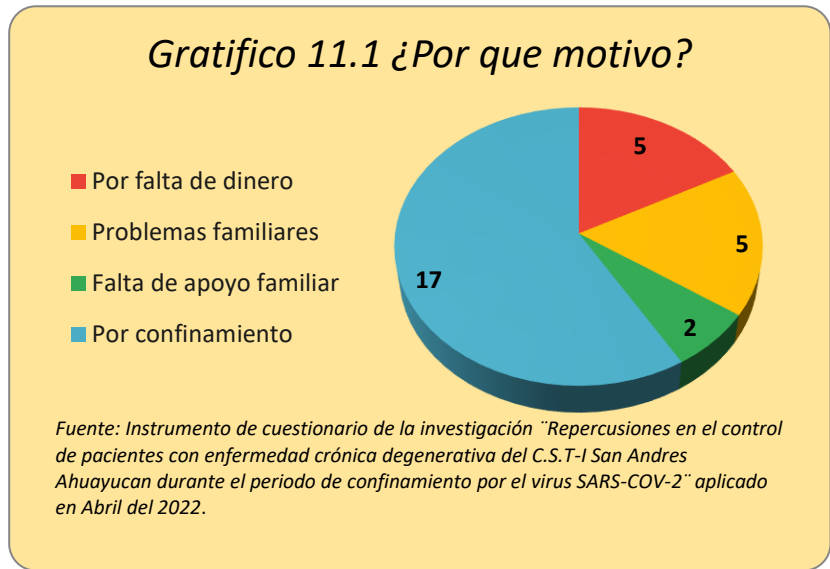
	Pacientes	Porcentaje%
SI	29	44.6%
NO	36	55.4%
Total	65	100.0%



En la pregunta, durante el confinamiento ¿usted en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento de su padecimiento? y ¿Por qué? Se obtuvo que el 55.3% de los encuestados, decidió darle seguimiento a su padecimiento por salud, mientras que el 26.2% abandono su tratamiento debido al confinamiento, seguido de la falta de dinero y problemas familiar con un 7.7%, el 3.1% debido por falta de apoyo familiar **(Tabla 11.1)**

Tabla 11.1 ¿Cuál fue el motivo del abandono o llevar un buen control de su padecimiento?

	No. Personas	porcentaje %
Por falta de dinero	5	7.7%
Problemas familiares	5	7.7%
Falta de apoyo familiar	2	3.1%
Por confinamiento o	17	26.2%
Total	29	44.6%



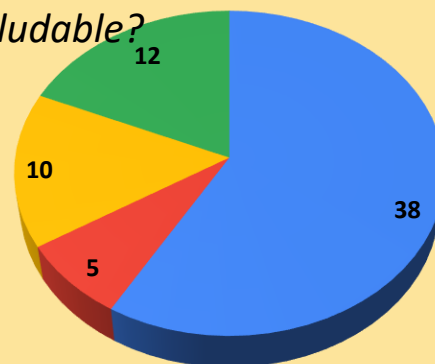
En la pregunta, ¿Que hizo para mantener un estilo de vida saludable? El 58.5% de los pacientes menciona comer saludable, mientras que el 18.5% seguía correctamente su tratamiento, el 15.4% mantenía una dieta y realizaba ejercicio y con un 7.7% solo realizo actividad física. **(Tabla 12)**

Tabla 12. ¿Qué hicieron para mantener un estilo de vida saludable?

Acciones	Personas	Porcentaje %
Comer saludable	38	58.5%
Actividad física	5	7.7%
Dieta y ejercicio	10	15.4%
Seguimiento de su tratamiento	12	18.5%
Total	65	100.0%

(Gráfico 12). ¿Que hizo para mantener un estilo de vida saludable?

- Comer saludable
- Actividad física
- Dieta y ejercicio
- Seguimiento de su tratamiento



Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022

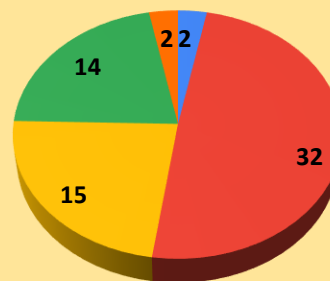
Para la pregunta ¿Qué suceso provocaría que abandone su tratamiento? El 49.2 % menciona que fue por falta de dinero, mientras que el 23.1 % por falta de apoyo familiar, seguido del 21.5% por el confinamiento, y el 3.1% por desabasto de medicamento. **(Tabla 13)**

Tabla 13. ¿Qué suceso provocaría que abandone su tratamiento?

Acciones	No. Personas	Porcentaje %
Nada	2	3.1%
Por falta de dinero	32	49.2%
Falta de apoyo familiar	15	23.1%
Por confinamiento (pandemia)	14	21.5%
Desabasto de medicamento	2	3.1%
Total	65	100.0%

(Gráfico 13). ¿Que suceso provocaría que abandone su tratamiento?

- Nada
- Por falta de dinero
- Falta de apoyo familiar
- Por confinamiento (pandemia)



Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta ¿Cuánto tiempo tiene que regreso a sus revisiones rutinarias? el 53,8% menciona no haber faltado nunca a sus consultas rutinarias mientras que el 13,8% dice haber regresado hace 2 meses, el 9,2 hace 3 meses, el 4,6% de 4 meses, el 6,2% 5 meses, el 6,2% 6 meses, el 1,5% 7 meses y 4,6% hace 8 meses. (Tabla 14)

Tabla 14. ¿Cuánto tiempo tiene que regreso a sus revisiones rutinarias?

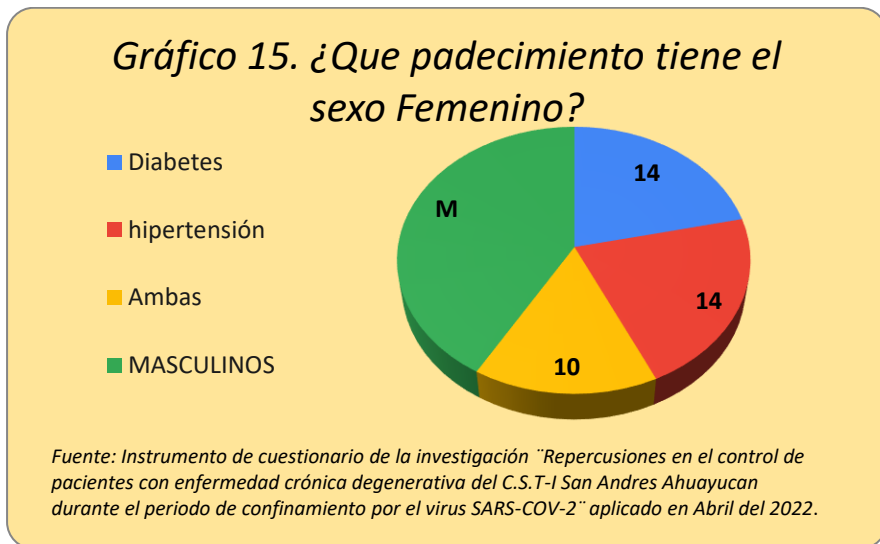
Tiempo (meses)	No. Personas	Porcentaje %
2 Meses	9	13.8%
3 Meses	6	9.2%
4 Meses	3	4.6%
5 Meses	4	6.2%
6 Meses	4	6.2%
7 Meses	1	1.5%
8 Meses	3	4.6%
Total	30	46.2%



En la pregunta ¿Usted padece diabetes, hipertensión o ambas?, ¿Qué padecimiento tienen el sexo femenino?, Se tuvo un porcentaje de 21.5% con diabetes, 21.5% con hipertensión y el 15.38% tienen ambas patologías (Tabla 15).

Tabla 15. ¿Qué padecimiento tiene el sexo Femenino?

Padecimiento	No. Personas	Porcentaje %
Diabetes	14	21.5%
hipertensión	14	21.5%
Ambas	10	15.4%
Total	38	58.4%

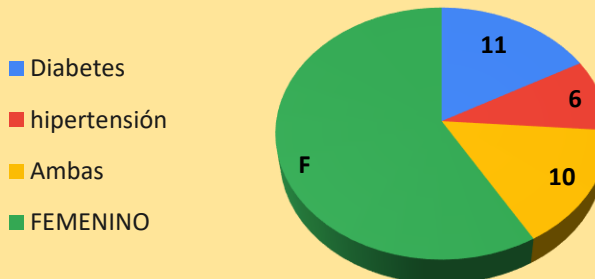


En la pregunta ¿Usted padece diabetes, hipertensión o ambas?, ¿Qué padecimiento tienen el sexo Masculino? se obtuvo que el 16.9% tienen diabetes, 9.2% hipertensión y el 15.4% padece ambos padecimientos. **(Tabla 15.1)**

Tabla 15.1 ¿Qué padecimiento tiene el sexo Masculino

Padecimiento	No. Personas	Porcentaje %
Diabetes	11	16.9%
hipertensión	6	9.2%
Ambas	10	15.4%
Total	27	41.5%

Grafico 15.1 ¿Que padecimiento tienen el sexo Masculino?



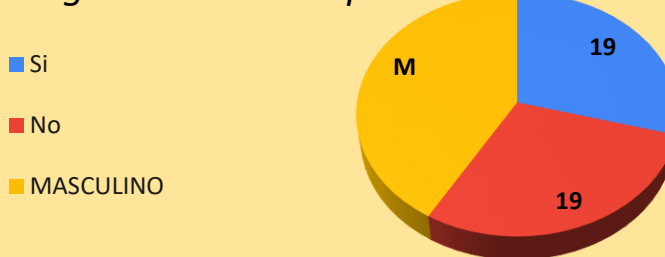
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta ¿El sexo femenino en algún momento dejo su tratamiento y seguimiento de su padecimiento?, se obtuvo que el 29.2% si abandono su tratamiento y el otro 29.2% menciona no haber abandonado su tratamiento. **(Tabla 16)**

Tabla 16. ¿El sexo femenino en algún momento dejo su tratamiento y seguimiento de su padecimiento?

	No. Personas	Porcentaje %
Si	19	29.2%
No	19	29.2%
Total	38	58.4%

Grafico 16. ¿El sexo Femenino en algún momento dejo su tratamiento y seguimiento de su padecimiento?



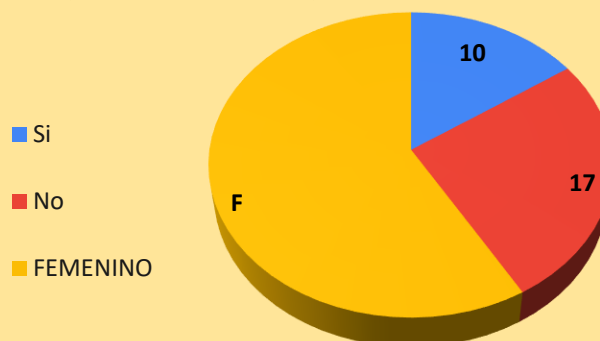
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta ¿El sexo Masculino en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento de su padecimiento?, se obtuvo que el 26.2% no abandono su tratamiento mientras que el 15.4% si abandono su tratamiento en algún momento. **(Tabla 16.1)**

Tabla 16.1 ¿El sexo Masculino en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento de su padecimiento?

	No. Personas	Porcentaje %
Si	10	15.4%
No	17	26.2%
Total	27	41.6%

Gráfico 16.1 ¿El sexo Masculino en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento de su padecimiento?



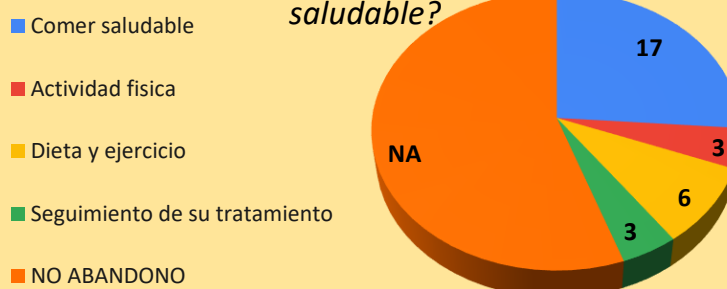
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

De la pregunta ¿Usted en algún momento abandono su tratamiento y seguimiento de su enfermedad? en relación con la pregunta ¿Que hizo para mantener un estilo de vida saludable? el valor de 29 personas que mencionaron si haber abandonado su tratamiento, el 26.1% menciona haber comido saludable, el 4.6% realizaron actividad física, el 9.2% realizaron dieta y ejercicio, y el 4.6% menciona seguir con su tratamiento establecido en la última consulta que tuvieron. **(Tabla 17)**

Tabla 17. Si abandono su tratamiento ¿Qué hizo para mantener un estilo de vida saludable?

Acciones	No. Personas	Porcentaje%
Comer saludable	17	26.1%
Actividad física	3	4.6%
Dieta y ejercicio	6	9.2%
Seguimiento de su tratamiento	3	4.6%
Total	29	44.6%

Gráfico 17. Si abandono su tratamiento ¿Qué hizo para mantener un estilo de vida saludable?



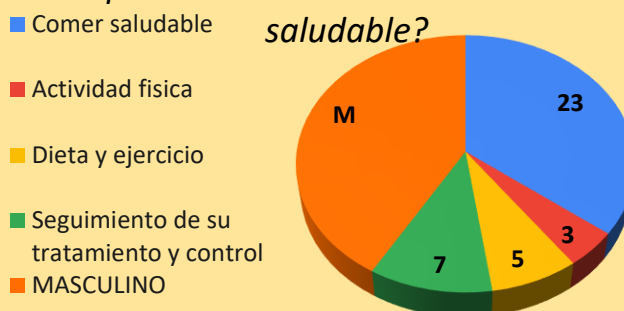
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado en Abril del 2022.

En la pregunta ¿Que hizo el sexo Femenino para mantener un estilo de vida saludable? se obtuvo que el 35.3% menciono comer saludable, 4.6% realizo actividad física, el 7.7% realizo dieta y ejercicio, 10.8% realizo un seguimiento correcto de su tratamiento. **(Tabla 18)**

Tabla 18. ¿Qué hizo el sexo Femenino para mantener un estilo de vida saludable? en cuanto al sexo femenino.

Acciones	No. Personas	Porcentaje %
Comer saludable	23	35.3%
Actividad física	3	4.6%
Dieta y ejercicio	5	7.7%
Seguimiento de su tratamiento y control	7	10.8%
Total	38	58.4%

Gráfico 18. ¿Qué hizo el sexo Femenino para mantener un estilo de vida saludable?



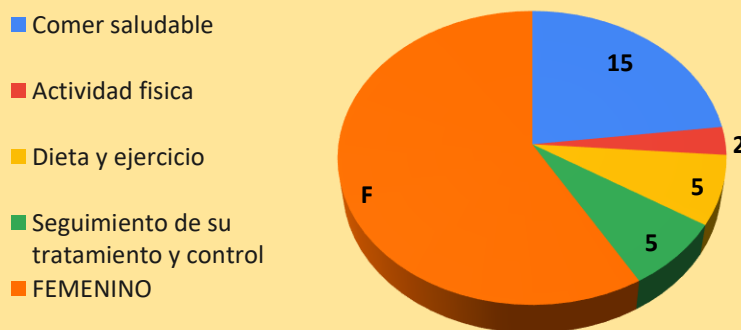
Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2"

En la pregunta ¿Que hizo el sexo Masculino para mantener un estilo de vida saludable? se obtuvo que el 23.1% menciono comer saludable, 3.1% realizo actividad física, 7.7% realizo dieta y ejercicio, 7.7% siguió con su tratamiento y control de su padecimiento. **(Tabla 18.1)**

Tabla 18.1 ¿Que hizo el sexo Masculino para mantener un estilo de vida saludable?

Acciones	No. Personas	Porcentaje %
Comer saludable	15	23.1%
Actividad física	2	3.1%
Dieta y ejercicio	5	7.7%
Seguimiento de su tratamiento y control	5	7.7%
Total	27	41.5%

Gráfico 18.1 ¿Qué hizo el sexo Masculino para mantener un estilo de vida saludable?



Fuente: Instrumento de cuestionario de la investigación "Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.T-I San Andres Ahuayucan durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2" aplicado

DISCUSIÓN

Con base en los cuestionario realizados y datos estadísticos obtenidos de los pacientes con enfermedades crónicas del C.S. TI SAN ANDRÉS AHUAYUCAN, se observa que la enfermedad crónica diabetes mellitus tuvo mayor prevalencia en ambos sexos con 38.5 %, seguida por Hipertensión Arterial con un 30.8% y el 30.8% padecen ambas enfermedades, en relación con otros estudios los resultados coinciden con las investigaciones de Bello Y et al, Reyes, F et al,⁵⁶ donde la Diabetes mellitus predomina a nivel mundial y a nivel nacional, también se comprobó que la mayor población de los encuestados y con mayor porcentaje a la asistencia para su control crónico son el sexo femenino 58.5%, mientras que el sexo Masculino se compuso de 41.5%, Rossaneis Ma et al ⁵⁷ en su investigación menciona que las mujeres tienen un grado alto de conocimiento en cuanto al autocuidado ya que están más atentas a los síntomas y señales físicas de las enfermedades y procuran asistencia en servicios de salud con mayor frecuencia que los hombre. Posteriormente se valoró el conocimiento que tienen con respecto a su tratamiento con las preguntas ¿Cuántos años lleva con su tratamiento? y ¿En qué consiste su tratamiento? Por lo que observamos que todos los pacientes llevaban más de 4 años con su tratamiento, sin embargo solo el 86.2% lo conoce, el 4.6% no conoce y el 9.2% no recuerda con exactitud su medicamento, siguiendo con las preguntas se valoró sobre la asistencia médica para su seguimiento y tratamiento con las preguntas ¿Durante el confinamiento usted acudió al médico particular para seguir con su tratamiento o siguió acudiendo a su centro de salud? y En situaciones de aumento de la presión o alteraciones de azúcar en sangre ¿A dónde acudió para ser atendido? Se observó con mayor frecuencia y considerando como primera opción la asistencia al centro de salud ya sea para su control mensual o en cualquier situación de emergencia, mencionando los pacientes como motivos la accesibilidad en cuanto cercanía, por la dotación de medicamentos, porque el servicio es gratuito y en ocasiones por que ya tienen a su médico de confianza, como segunda opción mencionaron acudir al médico particular en caso de que el Centro de Salud no tuviera servicio y tercera opción acudieron al hospital debido a complicaciones por covid-19, y solo el 9.2 % decidió por auto medicarse debido a miedo a salir y contagiarse de covid-19. Posteriormente se les pregunto sobre si habían tomado su medicamento ese día y solo el 78.5% contesto que ya habían tomado su medicamento mientras que el 21.5% dijo no

haber tomado su medicamento debido a que se les había olvidado o aun no era hora para tomarlo, de acuerdo a las estrategias que adoptaron los pacientes durante el periodo de confinamiento fueron contar con un cronograma u organizador donde señalara el día y la hora del medicamento, contar con un familiar que les proporcionaba el medicamento o les recordaba o tomar a pie de la letra las indicaciones de su última consulta. Finalmente se valoró sobre motivos por los que se tuvieron que enfrentar para acudir a su consulta mensual durante el confinamiento por lo que más de la mitad de los pacientes nunca abandono su asistencia y solo el 44.6% si abandono su seguimiento y el primer motivo por el cual no asistieron fue por el confinamiento con un 26.2%, seguida de falta de dinero, problemas familiares y por falta de apoyo familiar.

CONCLUSIONES

Como se pudo observar, la hipótesis "Debido al confinamiento por la pandemia por el virus SARS-COV2 provocó repercusiones en relación al control, tratamiento y cuidado ante su enfermedad de los pacientes crónicos que llevan su seguimiento en el C.S.T-I San Andrés Ahuayucan los cuales son residentes del pueblo con el mismo nombre del centro de salud, perteneciente a la delegación Xochimilco" que se planteó anteriormente ha sido verdadera, de acuerdo al 44.6% de los pacientes, mencionaron como primera causa de abandono al confinamiento por la pandemia, debido al miedo de contagiarse por covid-19. Por otro lado el 55.4% de los pacientes mencionaron que nunca abandonaron su seguimiento y tratamiento de su enfermedad, independientemente de la situación, económica, de salud que vive el país. De este modo los pacientes tomaron alternativas eficaces para poder continuar y no interrumpir su tratamiento como ejemplo realizaron cronogramas y calendarios, organizador de pastillas con recordatorio de día, hora y medicamento e implementaron o modificaron su estilo de vida comiendo saludable, realización de actividad física o haciendo dieta, acciones que les ayudaron en su salud durante el confinamiento.

Por lo que la comunicación en salud cumple un papel importante en la atención primaria, va encaminado a motivar a las personas, a adoptar nuevas actitudes, frente a la enfermedad, se desarrolla sobre las bases de las inquietudes de los individuos, el diálogo y el intercambio de salud frente al equipo interdisciplinario, pero principalmente frente el profesional de enfermería.

El personal de enfermería tiene como funciones primordiales en la atención primaria en salud las acciones encaminadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y rehabilitación de los pacientes, de tal manera que sean oportunos y accesibles todos los servicios para el individuo, la familia y la comunidad; logrando satisfacer la demanda en cada uno de los grupos etáreos.⁵⁸

El profesional de enfermería tiene como responsabilidad generar en sus pacientes una actitud de autocuidado, propiciando un ambiente necesario que ayude aumentar su nivel en cada uno de los ámbitos (vida, salud y bienestar) en los que se desempeña a diario. Es aquí donde la atención primaria juega un papel fundamental pues permite modificar la manera en que la

persona cuida de sí misma y se compromete con su salud, reconociendo que acciones aumentan o por el contrario disminuyen un nivel adecuado de salud.⁵⁹

Es necesario promover una vida saludable para las personas con enfermedades crónicas degenerativas porque esto puede reducir las complicaciones de la enfermedad, gastar menos recursos y permitir que las personas ganen independencia y mejoren en el futuro, fortaleciendo el vínculo enfermera-paciente aumentando la confianza, de tal modo que el manejo del tratamiento se torne más efectivo y oportuno. La educación de la familia en la promoción del cuidado es clave como determinante para el manejo de la enfermedad a la persona con alguna enfermedad crónica degenerativa, ya que motivan constantemente a la persona y le brinda acompañamiento a lo largo del proceso de su enfermedad, ayudándolo a optar estilos saludables y prevenir complicaciones futuras.

PROPUESTAS

- Brindar educación continua a los usuarios y su familia, en lo referente a la patología, su manejo y las acciones de autocuidado requeridas para un óptimo control de su enfermedad.
- Realizar la educación en espacios físicos propicios que permitan un adecuado aprendizaje individual y grupal, con utilización de diferentes herramientas como, carteles, folletos, entre otros.
- Incluir la participación de familia del usuario, tanto en los controles como en la educación terapéutica, con el fin de aumentar la adherencia a la terapia farmacológica y no farmacológica.

BIBLIOGRAFÍAS

- 1.-Gómez-Landeros O, Galván Amaya GC, Aranda-Rodríguez R, Herrera-Chacón C, Granados-Cosme JA. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y antecedentes de enfermedad crónica en universitarios mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2017 [consultado 07 de julio 2022]56(5):462-7. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1444/3142
- 2.-Cronocidad Horizonte 2025. La atención al paciente en el contexto post Covid-19. [internet]. España 2021 [citado 20 de marzo del 2022]. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/varios/ch2025_conclusiones-webinar-cronicidad.pdf
- 3.-Buichia F, Ortiz R, García J, Miranda G, Miranda P. Revisión sistemática sobre la relación entre el apoyo social y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Nure Inv [Internet]. 2020 [citado el 04 de mayo de 2022];17(105). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1822/911>
- 4.-Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de salud y nutrición de medio camino 2016. Informe final de resultados. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- 5.-Manzanero D, Casas MA, Rodríguez AM, Castillo I, Gutiérrez R. Enfermedades crónico-degenerativas en población del asentamiento Tarahumara del estado de Chihuahua. Salud Quintana Roo [Internet] 2018 [citado 10 de mayo de 2022];11(39):7-12. Disponible en: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/39/PDF/1.%20ENFERMEDADES%20CR%C3%93NICO%20DEGENERATIVAS%20TARAHUMARAS.pdf>
- 6.-Organización Mundial de la Salud (2017) Enfermedades no transmisibles, hoja informativa. Molina R, Cruz D. Definición, clasificación y diagnóstico de la Diabetes Mellitus. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo [Internet]. 2012 [citado el 02 de mayo de 2022];10(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540232003.pdf>

7.-Dereje N, Earsido A, Temam L, Abebe A. Prevalencia y factores asociados de la diabetes mellitus en la ciudad de Hosanna, sur de Etiopía. Ann Glob Heal [Internet]. 2020 [citado 13 Mar 2022];86(1):18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32140428/>

8.-Reyes F, Pérez M, Figueredo E, Estupiña M, & Jiménez Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. (2016) Correo científico médico, [citado 3 May 2022]98-121. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009

9.-Colaboración de factores de riesgo de ENT (NCD-RisC). Tendencias mundiales de la diabetes desde 1980: un análisis combinado de 751 estudios basados en la población con 4,4 millones de participantes. Lancet (Londres, Inglaterra), [Internet]. 2016 [citado el 03 de mayo de 2022] 387 (10027), 1513–1530. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27061677/#:~:text=The%20number%20of%20adults%20with%20diabetes%20in%20the%20world%20increased,interaction%20of%20these%20two%20factors\).](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27061677/#:~:text=The%20number%20of%20adults%20with%20diabetes%20in%20the%20world%20increased,interaction%20of%20these%20two%20factors).)

10.-Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la diabetes [Internet]. OMS, abril 2016. [citado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf>

11.-Rojas R, Basto A, Salinas C, Zárata E, Villalpando S, Barrientos T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Pública Mex [Internet]. 2018 [citado el 04 de mayo de 2022];60(3):224–32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000300003

12.-Bello Y, Rojas R, Aguilar A, Hernández M. Epidemiología de la diabetes mellitus en México. Nutr Rev [Internet]. 2017 [citado el 04 de mayo de 2022];75(suppl 1):4–12. Disponible en: https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/75/suppl_1/4/2797601?login=false

- 13.-Sotera A, Cerecedo MC, Del Ángel E, Lavoignet B, Fernández H , FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SÍNDROME METABÓLICO ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. Medigraphic [Internet]. 2018 [citado el 04 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2018/muv182e.pdf>
- 14.-Villalobos M, Villalobos D, Leguía J. La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med Hered.[Internet]. 2017 [citado el 04 de mayo de 2022] 28:218-219.Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n3/a16v28n3.pdf>
- 15.-Guamán N, Mesa I,Peña S, Ramírez A. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. Redalyc.2021[citado el 11 de mayo de 2022] 40(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712011/html/>
- 16.-OMS. Hipertensión. Organización Mundial de la Salud. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1
- 17.-Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, Hennis A, Asma S, Angell S. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2017, [citado 04 May 2022]18(12). Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es>
- 18.-César Giovanni Gómez Cuellar, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso. R.F.S. [Internet] 2015. [citado 04 May 2022] 7(1). Disponible en: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/177>
- 19.-Baglietto-Hernández JM, Mateos-Bear A, Nava-Sánchez JP, Rodríguez-García P, Rodríguez-Weber F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. Med Int Méx. 2020 [citado 05 May 2022] ;36(1):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim201b.pdf>

20.-Campos-Nonato, Ismael et al. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública de México [online]. 2018,60(3) [Accedido 05 mayo 2022], pp. 233-243. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2018.v60n3/233-243/es/#>

21.-Maldonado-Reyes FJ, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales J, Ortega-Padrón M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. Aten Fam. [online] 2016) [Accedido 05 mayo 2022] 23(2):48-52. Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/54784/48668

22.-Cajachagua M, Vargas C, Ingles M, Chávez J. Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. AVFT. [online] 2021 [Accedido 05 mayo 2022] 40(4). Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_4_2021/10_estilos_asociados.pdf

23.-Aguilera C, Labbé T, Busquets J, Venegas P, Neira C, Valenzuela A. Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad?. [online] 2019 [Accedido 07 mayo 2022] 147:470-474. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n4/0717-6163-rmc-147-04-0470.pdf>

24.-Proyecciones hechas por los autores: en base al incremento de las prevalencias anuales (1975-2014) otorgados por la OMS Global Health Observatory (GHO) data; Country statistics. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho>

25.-Organización Mundial de la Salud (OMS), Nota descriptiva N°311 junio de 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

26.-Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016 | FAO | [Internet]. 2016 [citado el 06 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es/>

- 27.-García Millian A, Creus García E. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 15 Mayo 2022]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011
- 28.-Patricia Ruiz-Cota, Montserrat Bacardí-Gascón, Arturo Jiménez-Cruz. Historia, tendencias y causas de la obesidad en México. JONNPR. 2019;4(7):737-45. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/index.php/jonnpr/article/view/HISTORIA>
- 29.-Hernández M, Rivera D, Shamah L, Cuevas N, Gómez A, Gaona P. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Instituto Nacional de Salud Pública. 2016
- 30.-Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [citado 10 Mar 2021]:3. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- 31.-Pagès N, Valverde I. Adherencia terapéutica: Factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm. 2018;59(4): 251-258. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7357>
- 32.-Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Medigraphic. 2018, 16(3): 226-232. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
- 33.-Vinaccia S, Margarita Quiceno J, Gómez Lina Á, Montoya M. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Diversitas. diciembre de 2007;3(2):203-11. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/28199721> Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve

34.-Angulo I, Benítez V, Coral Y, Pauta I. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de putumayo. Universidad Cesmedellin. [Internet]. 2015 [citado 20 Mayo 2022]. Disponible en: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2483/Adherencia tratamiento HTA.pdf;jsessionid=56C885B7838158B0ADA3EA430F4B10D7?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2483/Adherencia%20tratamiento%20HTA.pdf;jsessionid=56C885B7838158B0ADA3EA430F4B10D7?sequence=1)

35.-Reyes E, Raúl Trejo R. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Rev Med Hondur [Internet] 2016 [citado 10 de mayo de 2022];84(3,4). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

36.-Carrillo G. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. MEDICIENCIAS UTA.2019 [citado 10 de mayo de 2022] ;3(2):2-9. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1319/1318>

37.-Ortega M, Moreno J, Valdivieso S, Cango C, Montoya K, Jaya D, Quevedo S. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. Revista Electrónica de Portales Médicos. 2020 [citado 10 de mayo de 2022] ;15(19). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/adherencia-al-tratamiento-en-enfermedades-cronicas/>

38.-Rojas MMZ. Morales BSY. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? Rev Colomb Enfer [en línea]. 2014 [citado 13 Mar 2022]; 9(9):133-141. Disponible en: [file:///C:/Users/Cuitl%C3%A1huac/Downloads/Dialnet-AdherenciaFarmacologicaAlTratamientoAntihipertensi-6547167%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cuitl%C3%A1huac/Downloads/Dialnet-AdherenciaFarmacologicaAlTratamientoAntihipertensi-6547167%20(2).pdf)

39.-Villasuso B, Penin O, Pardo A, Perseguer T, Peña A, Corcoles E, Prats R, García E, Tous S, Bellver O. Cambios en el paciente hipertenso durante el confinamiento, por pandemia de COVID-19, que podrían modificar su riesgo cardiovascular (RCV). [Internet]. SEFAC 2020. [Citado 20 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/cambios-paciente-hipertenso-durante-confinamiento-pandemia-covid-19-que-podrian-0>

40.-Amezcu MA, Rodríguez LF, Díaz EJ. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. [Internet]. Med int Mèx 2015. [Citado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim153g.pdf>

41.-Ramírez GM, Anlehu TA, Rodríguez LA. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. [Internet]. 2019 [Citado 28 de octubre 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000300383

42.-Prieto RM, Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. [Internet]. Gac Sanit 2020 [Citado 17 diciembre 2021]. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/3418/1/Prieto_RepercusionesDelConfinamiento.pdf

43.-Nephila Health Partnership. Estudio del impacto de Covid-19 en las personas con enfermedad o trastorno crónico. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. [Internet]. 2020 [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf

44.-García E, Gil M, Murillo MD, Prots R, Vengoños A. Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y COVID-19. [Internet]. España 2020. [Citado 20 de Diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/1940/articles/fc2020-12-3-05adherencia-covid19.pdf>

45.-Morejon GA, Enfermedades crónicas no trasmisibles y covid-19: La convergencia de las crisis globales. [Internet]. [citado 17 diciembre 2021]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/1387/2175/2280>

46.-Zamora IA, Monitoreo remoto de Pacientes: Alternativas para pacientes con enfermedades crónicas afectados durante la pandemia por COVID-19. [Internet]. Rev Hisp Cienci Salud 2021.

[Citado 18 diciembre 2021]. Disponible en:
<https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/474/295/851>

47.-Ministerio de Salud Argentina. Impacto del COVID-19 en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles: un análisis desde el programa redes de salud. [Internet].2021. [citado 18 diciembre 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/impacto-covid-19-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.pdf>

48.-OMS. Hipertensión. 13 de septiembre de 2019. [Citado 13 de Mayo 2022] Disponible En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

49.-Álvarez-López DI, Espinoza-Molina MP, Cruz-Loustaunau ID, Álvarez-Hernández G. La diabetes e hipertensión arterial como factores asociados con la letalidad por Covid-19 en Sonora, México, 2020. Salud Publica Mex [Internet]. 2020 [citado 10 de mayo de 2022];62(5):456-7. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11546>

50.-Secretaría de Salud. 5to informe de gobierno. [Internet] 2017 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a6/a75/cd3/5a6a75cd335d8394197872.pdf>

51.-Instituto Nacional de Salud Pública. Reflexiones sobre la respuesta de México ante la pandemia de covid-19 y sugerencias para enfrentar los próximos retos. [Internet]. 2020 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2021/docs/20210124_recomendaciones_pandemia.pdf

52.-Buenrostro N, Véjar L, Barquera S, Rivera JA. Covid-19, obesidad y enfermedades crónicas en México. [Internet] 2020 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://conacyt.mx/covid-19-obesidad-y-enfermedades-cronicas-en-mexico/>

- 53.-Bioemédica. Las enfermedades crónicas. Rev Biomedica. [Internet] 2018 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016#content/citation_referencie_3
- 54.-REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a [Internet]. [Citado 25 Diciembre 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
- 55.- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a [Internet]. [Citado 25 Diciembre 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
- 56.- 3.-Reyes, F., Pérez, M., Figueredo, E., Estupiñan, M., & Jiménez, Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. (2016) Correo científico médico, [citado 3 May 2022]98-121. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009
- 57.- Rossaneis MA, Haddad MCFL, Mathias TAF, Marcon SS. Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 [citado 3 mayo 2022]; 24:2761.; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gSXvPfqmgyNfhNjdpWMQGgm/?lang=es&format=pdf>
- 58.- Mendinueta-Marin DA, Valderrama-Cadavid ZA, Trout-Guardiola G, Paredes-Bermúdez M. Enfoque de enfermería en la atención primaria de diabetes y corazón como herramienta fundamental para la prevención, cuidado y promoción. Duazary. 2017 enero; 14 (1): 79 – 90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5121/512158787021/html/>
- 59.- Sánchez N, Solana P, Vera J. Papel de enfermería en atención primaria. Rev. Portales Médicos. [revista en la internet] 2018 [citado 17 agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-de-enfermeria-en-atencion-primaria/>

Anexos



Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Enfermería

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar si el confinamiento durante la pandemia por covid- 19 repercutió en el seguimiento, control y tratamiento de personas con enfermedad crónica del C.S. T-I San Andrés Ahuayucan.

Instrucciones: Conteste correctamente en el espacio de cada pregunta correspondiente.

1. Edad: _____ años.
2. Sexo (masculino, femenino): _____.
3. ¿Usted padece diabetes, hipertensión o ambas? _____.
4. ¿Cuántos años lleva con su tratamiento? _____.
5. En qué consiste su tratamiento (mencione medicamento y dosis)
_____.
6. Durante el confinamiento usted acudió al médico particular para seguir con su control de tratamiento o siguió acudiendo a su centro de salud _____.
7. En situaciones de aumento de la presión (crisis hipertensivas) o alteraciones de azúcar en sangre ¿a donde acudió para ser atendido? (*marque su respuesta*)
1. Particular (Similares) 2. Centro de salud 3. se automedico 4. hospital
8. ¿En algún momento cambiaron o sustituyeron su tratamiento por algún remedio casero? Cual? _____.
9. ¿El día de hoy tomó su medicamento? _____.
10. ¿Qué estrategias llevo a cabo para poder seguir su tratamiento de manera correcta? _____.
11. Durante el periodo de la pandemia ¿usted en algún momento dejó su tratamiento y seguimiento de su padecimiento? _____.
2. ¿Por qué motivo? _____.
12. ¿Qué hicieron para mantener un estilo de vida saludable?
_____.
13. ¿Qué suceso provocaría que abandone su tratamiento?
_____.
14. ¿Cuánto tiempo tiene que regresó a sus revisiones rutinarias?
_____.

Consentimiento informado

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Repercusiones en el control de pacientes con enfermedad crónica degenerativa del C.S.TI SAN ANDRES AHUAYUCAN durante el periodo de confinamiento por el virus SARS-COV-2.

A continuación se presenta un cuestionario el cual tiene como finalidad recabar sus respuestas para conocer de qué manera repercutió la pandemia provocada por el covid-19 en el seguimiento, tratamiento y control de las personas con enfermedad crónica.

La información que usted proporcione servirá para el desarrollo de un proyecto de investigación. Su participación es totalmente voluntaria y la información que usted brinde será tratada de manera confidencial respetando el anonimato de sus datos haciendo uso de estos únicamente con fines de investigación y/o académicos de igual manera la información proporcionada no repercutirá en su atención y control dentro del Centro de Salud.

Si tiene una duda con respecto a las preguntas puede hacerlas en el momento de la aplicación. Si está de acuerdo de participar proporcione su nombre y firma en la línea de abajo.

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

FIRMA