

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD CON
DIABETES MELLITUS DEL CE.RE.SO DE PACHUCA.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN GERONTOLOGÍA

PRESENTA: Abreu Saldaña Elvia

DIRECTORA: Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez

CO-DIRECTORA: Dra. María Del Refugio Acuña Gurrola



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Gerontología
Department of Gerontology

22 de octubre de 2020

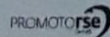
DR. RAÚL AZAEL AGIS JUÁREZ
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA
CHAIR OF THE DEPARTMENT OF GERONTOLOGY
 P R E S E N T E

Manifetamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **Elvia Abreu Saldaña** bajo la modalidad de **TESIS** cuyo título es: **Calidad de vida de las personas privadas de la libertad con Diabetes Mellitus del CE.RE.SO de Pachuca** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Enterado
Lydia López Pontigo	Presidente	
Bertha Maribel Pimentel Pérez	Primer Vocal	
María del Refugio Acuña Gurrola	Segundo Vocal	
Gadimagdiel Hernández Hernández	Tercer Vocal	
Dulce Abril Galindo Luna	Secretario	
Arianna Omaña Covarrubias	Suplente	
Adrián Moya Escalera	Suplente	

“Amor, Orden y Progreso”

c. c. p. Archivo



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext. 4314 y 4315
 gerontologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres.

Este sencillo y pequeño trabajo, se lo dedico, con todo mi amor y gratitud a mis padres, quienes me han brindado su amor, su apoyo y su paciencia para seguir adelante y nunca rendirme.

A mi hermano.

Que, a pesar de su corta edad, logra comprenderme y brindarme su apoyo día a día.

A mi amiga.

A pesar de que el tiempo y la distancia nos separan y cada una ha comenzado a trazar su propio camino, siempre cuento con su apoyo.

A mis maestros.

Le agradezco a todos mis asesores, quienes me brindaron su tiempo, sus enseñanzas y sus palabras de motivación y guía, para poder lograr el presente trabajo.

A la Lic. Olivia Meneses Garrido.

Gracias por brindarme la oportunidad de realizar mi investigación, y brindarme su apoyo.

CONTENIDO

RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	14
<i>1.1 CE.RE.SO Como Institución Total. Antecedentes y Práctica Actual.</i>	<i>14</i>
<i>1.2 Sistema Penitenciario del Estado de Hidalgo.</i>	<i>17</i>
2. Diabetes Mellitus	21
<i>2.1 Complicaciones de la Diabetes Mellitus.....</i>	<i>22</i>
<i>2.2 Educación en Diabetes.</i>	<i>28</i>
3. Calidad de Vida una Construcción Cultural.....	33
<i>3.1 Calidad de Vida Objetiva.</i>	<i>35</i>
<i>3.1.1 Calidad de Vida Subjetiva.....</i>	<i>36</i>
<i>3.2 Calidad de Vida en la Diabetes Mellitus.</i>	<i>37</i>
4. Geroprofilaxis en el Proceso de Envejecimiento	39
<i>4.1 Teoría Genético- Estocástica.</i>	<i>42</i>
<i>4.2 Geroprofilaxis. Una Medida Preventiva.</i>	<i>43</i>
CAPITULO II. MARCO METODOLÓGICO	45
<i>Planteamiento del Problema.</i>	<i>45</i>
<i>Justificación.....</i>	<i>47</i>
<i>Pregunta de Investigación.</i>	<i>48</i>

<i>Objetivos de Investigación</i>	48
<i>Hipótesis o Supuesto de Investigación</i>	49
<i>Diseño de Investigación</i>	49
<i>Lugar de Estudio</i>	49
<i>Población</i>	49
<i>Muestra</i>	49
<i>Criterios de Inclusión</i>	50
<i>Criterios de Exclusión</i>	50
<i>Tabla de Variables</i>	51
<i>Material y Métodos</i>	53
<i>Procedimiento Técnico</i>	62
Marco Contextual	63
CAPITULO III. ANÁLISIS DE CASOS	64
Propuesta de Intervención Gerontológica	79
CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	83
Referencias	88
Anexos	98

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	18
DEPENDENCIA DE LOS CENTROS DE REINSERCIÓN SOCIAL.....	18
TABLA 2	19
CENTROS DE REINSERCIÓN SOCIAL Y CÁRCELES DISTRITALES.....	19
TABLA 3	23
INFORMES SOBRE LA DIABETES EN MÉXICO.	23
TABLA 4	25
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.	25
TABLA 5	27
FUENTES QUE PROPORCIONAN GLUCOSA.....	27
TABLA 6	31
BENEFICIOS DEL EJERCICIO.	31
TABLA 7	51
TABLA DE COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA.....	51
TABLA 8	98
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 01.....	98
TABLA 8.1	101
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 01.....	101
TABLA 8.2	102
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 01.....	102
TABLA 8.3	103
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 01.....	103
TABLA 9	105
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 02.....	105
TABLA 9.1	108
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 02.....	108
TABLA 9.2	109
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 02.....	109
TABLA 9.3	110
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 02.....	110
TABLA 10	112
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 03.....	112
TABLA 10.1	115

REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 03.	115
TABLA 10.2	116
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 03.	116
TABLA 10.3	117
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 03.....	117
TABLA 11	119
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 04.....	119
TABLA 11.1	121
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 04.	121
TABLA 11.2	122
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 04.	122
TABLA 11.3	124
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 04.....	124
TABLA 12	126
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 05.....	126
TABLA 12.1	129
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 05.	129
TABLA 12.2	130
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 05.	130
TABLA 12.3	131
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 05.....	131
TABLA 13	133
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 06.....	133
TABLA 13.1	136
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 06.	136
TABLA 13.2	137
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 06.	137
TABLA 13.3	138
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 06.....	138
TABLA 14	140
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 07.....	140
TABLA 14.1	143
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 07.	143
TABLA 14.2	144
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 07.	144

TABLA 14.3	145
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 07.....	145
TABLA 15	147
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 08.....	147
TABLA 15.1	150
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 08.....	150
TABLA 15.2	151
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 08.....	151
TABLA 15.3	152
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 08.....	152
TABLA 16	154
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 09.....	154
TABLA 16.1	157
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 09.....	157
TABLA 16.2	158
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 09.....	158
TABLA 16.3	159
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 9.....	159
TABLA 17	161
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PACIENTE NÚMERO 10.....	161
TABLA 17.1	164
REPORTE ALIMENTICIO PACIENTE NÚMERO 10.....	164
TABLA 17.2	165
CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 PACIENTE NÚMERO 10.....	165
TABLA 17.3	166
FACTORES CONDUCTUALES DEL PACIENTE NÚMERO 10.....	166
TABLA 18	168
RESULTADOS GRUPALES DE INSTRUMENTOS (A NIVEL METABÓLICO).....	168
TABLA 19	169
RESULTADO DE INSTRUMENTOS	169
TABLA 20	170
RESULTADO DEL INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO.....	170
TABLA 21	171
RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39.....	171

RESUMEN

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en México, presentando un gran desafío para la sociedad y el sistema de salud, debido a los altos costos económicos para su prevención, control y tratamiento, además de la disminución de la Calidad de Vida (CV) de la persona con diabetes y la de su familia. Esta situación puede verse incrementada en las Personas Privadas de la Libertad (PPL), debido a las carencias en el área de la salud, que presentan los centros penitenciarios del país. Por este motivo se realizó una investigación con el objetivo de evaluar los componentes de la CV de las PPL con DM del Centro de Reinserción Social (CERESO) del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo.

La presente fue una investigación descriptiva, mediante el diseño no experimental, en la cual participaron 10 PPL con DM de una edad que oscila entre los 40 y 60 años del CERESO de Pachuca, quienes fueron seleccionados de manera no probabilística. Se utilizaron diversos instrumentos para evaluar la CV de los participantes entre ellos se encuentra el Cuestionario de Calidad de Vida Diabetes 39, el test de Check list hipoglucemia, test de CYPAC-AM, test de SMAQ, Auto reporte de consumo de alimentos, entrevista semiestructura y una ficha de identificación. Como resultado de los instrumentos aplicados se reflejó que 6 de los 10 participantes refieren una peor calidad de vida y déficit en los dominios de los instrumentos de CYPAC-AM y del cuestionario de Calidad de vida Diabetes 39. Por lo tanto, la disminución de la CV de las PPL con DM también puede verse relacionada a la situación penal, a la falta de educación y control de su enfermedad, pobreza, reducción de sus relaciones socio-familiares y a una falta de cobertura universal de salud en el país, entre otras **Palabras clave:** Calidad de Vida; Diabetes Mellitus; Personas Privadas de la Libertad; Geroprofilaxis

ABSTRACT

The Diabetes Mellitus (DM) is one of the main causes of mortality in Mexico, presenting a great challenge for the society and the health system, due to the high economic cost for prevention, control and treatment, also of the decrease the quality of life of the person with diabetes and their family. This situation may be increased in persons deprived of liberty, because of deficiencies in the area of health in the country's prisons. For this reason, this investigation was carried out with the objective of evaluating the component of the quality of person deprived of liberty with DM of the center for social reinsertion (CERESO) of the municipality of Pachuca de Soto, Hidalgo.

Applying a descriptive investigation, through the not experimental design, in which 10 person deprived of liberty with DM of an age that oscillates between 40 and 60 years from the CERESO of Pachuca, who were selected in a non- probabilistic way. Various instruments were used to evaluate the quality of life of the participants, among them is including the Diabetes 39 quality of life questionnaire, the hypoglycemia check list test, CYPAC-AM test, SMAQ test, self-report of food consumption, semi- structured interview and an identification card.

As a result of the instruments applied, it was reflected that 6 of the 10 participants report a worse quality of life and a deficit in the domains of the CYPAC-AM instruments and the diabetes 39 quality of life questionnaire. Therefore, the decrease in quality of life of the person deprived of liberty with DM can also be related to the penal situation, the lack of education and control of their disease, poverty, reduction of their socio-family relationships and a lack of universal health coverage in the country, among other.

Keyword: Quality of Life; Diabetes Mellitus; Persons Deprived of Liberty; Geroprophylaxis.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) se está convirtiendo en la epidemia del siglo XXI, resultando en una de las principales causas de mortalidad y morbilidad; en México existen alrededor de 6.4 millones de personas diagnosticadas con DM, aumentando su riesgo de diagnóstico después de los 40 años. De igual manera la diabetes presenta un gran desafío para la sociedad y los sistemas de salud, debido a que su prevención, control y tratamiento generan grandes costos económicos, así como la disminución de su Calidad de Vida (CV) de la persona con diabetes y la de su familia. Lo cual, puede provocar una muerte prematura a causa de las complicaciones relacionadas a la diabetes; también están asociadas negativamente en la economía global, que puede verse reflejado en los sistemas de salud y, de manera más evidente, cuando la atención médica debe ser financiada por el propio paciente y su familia (Guerrero et al, 2018; Hernández et al, 2013., y Rojas et al, 2018.).

De igual modo, las personas que padecen de alguna Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT) viven un desgaste psicológico, al presentar preocupaciones en relación al manejo de su enfermedad. Dichas situaciones pueden verse incrementadas en las Personas Privadas de la Libertad (PPL), ya que, los centros penitenciarios del país presentan deficiencias en las áreas de salud (programas preventivos), educación, trabajo, vivienda, alimentación, higiene, mantenimiento y limpieza. Al mismo tiempo, las PPL se ven sujetos al estrés, al sedentarismo, a una dieta deficiente y malos hábitos, que aumentan la posibilidad de padecer complicaciones propias de las ECNT (Moreno y Jaramillo, 2009, p.10); lo que provoca que su CV decaiga, ante la

situación penitenciaria en la que se encuentran (International Diabetes Federation, 2009; Moreno, 2017).

Por otra parte, la Diabetes Mellitus es uno de los problemas sanitarios más común en la actualidad, motivo por el cual existen diversos estudios en relación a dicha patología y su CV, aunque sin un marco gerontológico enfocado en el proceso de envejecimiento y expectativas de la vejez; además de no encontrarse investigaciones relativas a la CV de las PPL con DM. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar los componen de la CV de las PPL con DM de 40 a 60 años de edad del Centro de Reinserción Social del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo, para elaborar una propuesta de intervención gerontológica, con base en los componentes de riesgo detetctados, ayude a las PPL a mejorar su estado de salud y disminuir la probabilidad de desarrollar complicaciones debidas a su padecimiento, mejorando así su CV; a través de acciones profilácticas y generando interés en los equipos de salud, de manera que se desarrollen investigaciones, circunstancias y acciones que mejoren el proceso de envejecimiento, la CV y el estado de salud de las PPL con DM.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 CE.RE.SO Como Institución Total. Antecedentes y Práctica Actual.

El hombre ha estado en agrupaciones y conviviendo en sociedad desde los tiempos primitivos, logrando desarrollar conductas, las cuales han sido objeto de estudios y críticas. Con la que se generó que la sociedad o grupo social cuente con mecanismos de control, para asegurar la convivencia entre sus miembros (Orellana, 2010). Surgiendo así, el control social, que puede entenderse de acuerdo a Aguilar (en red, 2010) como “la capacidad de la sociedad para regularse así misma de acuerdo a principios y valores aceptables mayoritariamente”.

El control social aparece a mediados del siglo XIX en los Estados Unidos de América (EE. UU) utilizado por primera vez por el sociólogo Edward A. Ross (1866-1951), como una posible respuesta para integrar a los inmigrantes que participaron como una fuerza de trabajo en la industrialización. Pero el problema para Ross, radicaba en poder organizar a la sociedad, para que pudiera superar las diferencias culturales garantizando una convivencia social (Puente, 2008, p. 10-11).

Entre los medios sociales de control se encuentra los derechos y, dentro de estos, posiblemente el más incisivo es el derecho penal, puesto que las sanciones penales son las medidas más drásticas que dispone el orden social. Ya que el control social dentro de las instituciones penales, se ejerce con la base de la existencia de un conjunto de agencias estatales, que lleva por nombre sistema penal (Márquez, 2011, p. 66).

En este rubro, la teoría del control social ha sufrido cambios a lo largo de la historia, donde anteriormente el castigo para los criminales era de conocimiento público, de una manera tortuosa

y sanguinaria, también conocida como suplicio por ser una pena corporal. De esta manera, en la segunda mitad del siglo XVIII se buscó, entre filósofos y teóricos del derecho, la manera de castigar de otro modo a los criminales, sin tener que volver a recurrir al suplicio físico, llegando al acuerdo del suplicio penal, donde la justicia se encarga de dictar una sentencia penal: con lo que en el sistema penal la disciplina ha llegado a ser una fórmula general de dominación, logrando con el paso del tiempo que los castigos sean de manera más privada, a como se le conoce hoy en día (Foucault, 2002).

Con lo que se originan las instituciones de encierro o instituciones totales, es decir, lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo determinado, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Estos lugares presentan símbolos que se oponen a la interacción del mundo interior con el mundo exterior, como lo son; puertas cerradas, altos muros, alambres de púas, acantilados, ríos, bosques o pantanos. Las cuales de acuerdo a (Goffman, 2001, p.18), se pueden clasificar en cinco tipos;

1. Instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: hogares para ancianos, ciegos, huérfanos e indigentes
2. Erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse a sí misma, constituyen una amenaza involuntaria para la comunidad; los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y leprosarios.
3. Organizadas para proteger a la comunidad contra los que constituyen intencionalmente un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos: como las cárceles, presidios, campos de trabajo y de concentración.

4. Instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral y que solo se justifican por estos fundamentos instrumentales como; los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonia y las mansiones señoriales desde el punto de vista de los que viven en las dependencias de servicio.
5. Establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: entre ellos las abadías, monasterios, conventos y otros claustros.

Así, los CE.RE.SOS o cárceles de acuerdo a Carranza “son prototipos por excelencia de las instituciones totales” (2012, p.46).

Identificando que es una institución encargada de albergar, custodiar y asistir aquellas personas puestas a disposición por la autoridad judicial, ya sea por reclusión preventiva, tratándose de procesos penales o prisión punitiva de sentenciados para el cumplimiento de las penas, a través de la ejecución impuesta en las sentencias judiciales, y cuyo propósito, en el derecho penal contemporáneo y el derecho penitenciario, es la reinserción social del individuo privado de su libertad... (en red Secretaría de Seguridad. Gobierno del Estado de México, 2018).

Donde se crean espacios específicos para la realización de acciones disciplinarias, de vigilancia constante, y utilidad para las PPL, como trabajo, educación y ocio. En cuanto al término de PPL, este ha cambiado, siendo así que, Sarre, et al (2018) en ABC del nuevo sistema de justicia de ejecución penal en México refiere que una PPL se encuentra en esta situación “como consecuencia de un juicio penal en curso o de una condena firme. Ya no es objeto sino sujeto (con derechos y obligaciones)” (p.37). Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía

(INEGI) en su documento de análisis y estadísticas expone al término PPL como “persona que se encuentra reclusa en un centro penitenciario, ya sea en proceso de recibir sentencia o que se encuentre cumpliendo su pena de prisión derivada de una sentencia condenatoria” (2017, p.8).

1.2 Sistema Penitenciario del Estado de Hidalgo.

La situación penitenciaria de México aumenta cada día y, en consecuencia, de acuerdo a Moreno “México ocupa el séptimo lugar en población penitenciaria a nivel mundial” (2017, p.4). Así, con la Secretaría de Gobernación (2016,p.3) en el país existen alrededor de 379 centros penitenciarios o centros de reinserción social, de los cuales 157 cuentan con sobrepoblación, clasificados como se presenta en la tabla 1.

Tabla 1*Dependencia de los Centros de Reinserción Social.*

	Centros de Reinserción Social
Gobierno Federal.	17
Gobierno de la Ciudad de México.	13
Gobiernos Estatales.	278
Gobiernos Municipales.	71
Total	379

Fuente: Secretaria de Gobernación. (2016). *Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional.*

http://www.cns.gob.mx/portalWebApp/wlp.c?__c=247c41

A nivel estatal, se cuenta con la existencia de trece centros de reinserción social y tres cárceles distritales de acuerdo a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo (CDHEH, 2018), enlistados en la tabla 2, pero esta investigación se centrará en el CE.RE.SO del municipio de Pachuca Hidalgo.

Tabla 2*Centros de Reinserción Social y cárceles distritales.*

-
1. Actopan.
 2. Apan.
 3. Jaltocán, La Huasteca.
 4. Huichapan.
 5. Ixmiquilpan.
 6. Jacala.
 7. Mixquiahuala.
 8. Molango.
 9. Pachuca.
 10. Tenango de Doria.
 11. Tula.
 12. Tulancingo.
 13. Centro de internamiento para adolescentes.
-

Cárceles distritales.

-
1. Atotonilco El Grande.
 2. Tizayuca.
 3. Zacualtipán.
-

Fuente: Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo. (2018).

Diagnóstico

Penitenciario

Primer

Semestre. <http://www.cdhhgo.org/home/conocenos/diagnostico-penitenciario>

Respecto de las cárceles en el distrito judicial de Pachuca se tiene como antecedente la creación de un penal en el año de 1670, con el movimiento de los trabajadores de las minas del siglo XVI, cuando se trató de efectuar una huelga de mineros y se utilizó como cárcel el edificio conocido como “Las Cajas” ubicado a la salida antigua de la carretera a Mineral del Monte. El cual después de estar activo por cerca de 100 años, el penal que se encontraba ahí fue reubicado partir de 1766 al lugar que actualmente ocupa el templo metodista y está situado entre la calle Allende esquina con Julián Villagrán, en el centro de esta Ciudad. Sin embargo, con el paso del tiempo las instalaciones del penal fueron cambiando de ubicación, pero fue hasta el año de 1975 que cambiaron las instalaciones a Centro de Readaptación Social para Adultos (CERESO); que fue obra del distinguido penalista y criminólogo Sergio García Ramírez, quien diseñó el centro ubicado a la salida de Pachuca carretera a Actopan. El cual ha estado activo desde su creación y no se han presentado graves conflictos o toma de las instalaciones por parte de los internos, su funcionamiento en general es favorable ya que está construido en un área muy grande (10 hectáreas aproximadamente), y cuenta con los servicios básicos (Hidalgo-Manzano, 2007).

2. Diabetes Mellitus

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública “desde el año 2000 la Diabetes Mellitus (DM) ha sido una de las principales causas de muerte en México” (2017, en red). Del mismo modo es una de las enfermedades que se presenta con mayor prevalencia en los adultos mayores. En el país existen alrededor de 6.4 millones de personas diagnosticadas con diabetes y su riesgo de diagnóstico aumenta después de los 40 años (Rojas et al, 2018). Llegando a provocar que la diabetes sea una de las cuatro enfermedades no transmisibles y de gran importancia para los problemas de salud pública, y que, en las últimas décadas, ha aumentado.

Por dicho motivo, el tema de la diabetes es un gran desafío para la sociedad y los sistemas de salud, al generar grandes costos económicos y la disminución de la CV de las personas diagnosticadas con dicha enfermedad, así como la de sus familiares (Hernández et al, 2013). Siendo así que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe mundial sobre Diabetes- Resumen de Orientación-, refiere que “la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que se desencadena cuando el páncreas no produce insulina, o cuando el organismo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce” (2016, p.2). Además, la DM puede clasificarse en diversos tipos, de acuerdo a la tolerancia de glucosa existente en la sangre.

- Diabetes Mellitus tipo 1. Se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células beta, lo que causa una deficiencia absoluta de insulina. Por otro lado, se presenta comúnmente en niños y jóvenes, siendo anteriormente conocida como diabetes infantil, pero se decidió dejar de utilizar dicho término, al notar que puede presentarse a cualquier edad. Provocando que los pacientes con diabetes tipo 1, requieran inyectarse insulina de forma permanente

dado que, pierden la capacidad de crear insulina a causa de la destrucción de las células beta del páncreas. (Franco y Arellano, 2009; Rojas et al 2012).

- Diabetes Mellitus tipo 2. Es la más frecuente y esta mayormente asociada a las personas adultas, debido al aumento de obesidad, hipertensión arterial, exceso de colesterol y triglicéridos en la sangre, pero dicha asociación, ya se ha abandonado puesto que, actualmente los niños, jóvenes y adultos jóvenes también presentan dichos aumentos, en donde el organismo no puede utilizar adecuadamente la insulina que produce. Siendo así, que algunos pacientes presenten síntomas conocidos como las cuatro “P”; Polidipsia o mucha sed; Polifagia o mucha hambre; Poliuria u orinar mucho; y Pérdida de peso. (Franco y Arellano, 2009; Prieto et al, 2017, OMS, 2016).

2.1 Complicaciones de la Diabetes Mellitus.

De acuerdo con Stone (2014, p. 77) se hace referencia a que “la diabetes no mata de golpe, sino que lo hace suavemente o mejor dicho dulcemente” ya que, al no darle una importancia al autocuidado, se pueden presentar complicaciones a largo plazo que se pueden subdividir en dos grupos: micro-vasculares, entre ellas se encuentran la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía diabética como las de mayor prevalencia; y las macro-vasculares aterotrombóticas, como el infarto al miocardio, hipertensión arterial y enfermedades arteriales periféricas. Aunque en su mayoría, estos dos grupos tienden a coexistir en el paciente diabético. Del mismo modo, dichas complicaciones se deben a los periodos de hipoglucemia o hiperglucemia, que puede presentar un paciente con diabetes, un ejemplo de los datos sobre diabetes en México se muestra a continuación en la tabla 3.

Tabla 3*Informes sobre la diabetes en México.*

	2019
Estimulaciones de diabetes (20-79 años)	
Personas con diabetes	12. 805, 2
Mortalidad atribuida a la diabetes (20-79 años)	
Muertes atribuibles a la diabetes	89. 011, 7
Porcentaje de muertes relacionadas con la diabetes en personas menores de 60 años	43.4 %
Complicaciones	
Retinopatía	3.5 %
Neuropatía	13.6 %
Nefropatía	2.6 %
Insuficiencia cardiaca	4. 0 %
Arteriopatía coronaria	4.8 %
Enfermedades arteriales periféricas	0.2 %
Enfermedad cerebrovascular	1.8 %
Fuente: International Diabetes Federation. (2019). México informe sobre la diabetes 2010- 2045. https://diabetesatlas.org/data/en/country/128/mx.html	

Hipoglucemia

El estado hipoglucémico, también conocido como “coma diabético” o “baja concentración de azúcar en la sangre” (Lerman, 2011, p. 233) es un estado de emergencia metabólica, que se presenta frecuentemente en pacientes con diabetes de reciente detección y en pacientes insulino dependientes; se caracteriza por niveles de 50 a 60 mg/dL en sangre.

De acuerdo a Franco y Arellano (2009, p.40) la hipoglucemia puede ser producida por tres mecanismos o la mezcla de ellos, entre los más comunes:

- El paciente está recibiendo una mayor dosis de medicamento del que necesita.
- El paciente está comiendo una cantidad menor a la que acostumbra.
- El paciente está haciendo mayor a ejercicio físico del necesario.

Normalmente los síntomas de hipoglucemia se dividen en dos grupos: los síntomas corporales o adrenérgicos, denominados así por los intentos del organismo de elevar la glucosa en sangre; y los síntomas neuroglucopénicas originados en el sistema nervioso central como consecuencia de la falta de glucosa (Hanas, 2010). En la tabla 4 se muestran los diversos signos y síntomas correspondientes a cada grupo.

Tabla 4*Manifestaciones clínicas.*

Adrenérgicos.	Neuroglucopénicos.
Cansancio.	Cambios de humor.
Sudor.	Cansancio.
Taquicardia.	Cefalea, sobre todo matutina.
Palpitaciones.	Hipotermia.
Temblor.	Alteraciones visuales.
Ansiedad o nerviosismo.	Embotamiento.
Irritabilidad.	Depresión.
Sensación de hambre.	Confusión.
Náuseas.	Amnesia.
Vómito.	Inquietud durante el sueño.
Palidez.	Pesadillas.
Parestesia.	Enuresis (sobre todo en niños).
	Convulsiones.
	Coma.

Fuente: Lerman, I. (2011). *Atención Integral del Paciente Diabético* (Cuarta ed.). McGraw-Hill.

Cuando una persona con diabetes sufre un estado de hipoglucemia, lo primero que notará serán los síntomas corporales (por ejemplo, temblor y palpitaciones). En cambio, es probable que otras personas noten los síntomas “neuroglucopénicos”, al notar los cambios de conducta, indicando que el cerebro se está viendo afectado, con base en el tipo de hipoglucemia que presente. Así, la hipoglucemia puede presentarse en tres niveles de acuerdo con Lerman (2011):

- Leve: esta consiente, presenta síntomas corporales, como sudoración fría, taquicardia o temblores, pero aun responde a estímulos y puede resolver el episodio sin ayuda.
- Moderada: a las manifestaciones corporales se le agregan las neuroglucopénicas, como la confusión, la somnolencia, la visión borrosa y la mala coordinación muscular. También puede disminuir la memoria a corto plazo y el coeficiente intelectual puede verse afectado de manera transitoria o de manera permanente, si los episodios de hipoglucemia son repetidos. El individuo requiere ayuda para resolver el episodio hipoglucémico, tomando medicamentos vía oral.
- Severa: con o sin síntomas corporales presentes, existe una desorientación, inconciencia o coma, con a sin convulsiones. El individuo puede permanecer desorientado y con dificultades motoras y con dificultad para la expresión fluida del lenguaje hasta por 4° 6 horas.

Cuando un paciente esta consiente durante un estado hipoglucémico, el tratamiento ideal consiste en ingerir de 10 a 20 g de glucosa, con la mayor brevedad posible y acortar el tiempo de ayuno (ver tabla 5).

Tabla 5*Fuentes que proporcionan glucosa*

Jugo de naranja.	66 ml (100 ml proporcionan 15g).
Jugo de uva.	50 ml (100 ml proporcionan 20 g).
Leche entera.	180 ml (cada 100 ml proporcionan 5.5 g).
Azúcar comercial.	4 cucharas.
Miel.	1 cuchara.
Caramelos (4g).	5 piezas (cada pieza proporcionan 2 g).
Tabletas de glucosa.	2 piezas (cada tableta proporcionan 5 g).

Fuente: Lerman, I. (2011). *Atención Integral del Paciente Diabético* (Cuarta ed.). McGraw-Hill.

Ahora bien, sí el paciente se encuentra inconsciente, no se le debe de administrar bebidas por vía oral, por la posibilidad de bronco-aspiración, en caso de que el paciente lleve consigo pastillas de glucosa, se le puede administrar una o dos por vía sublingual. Así mismo, si la hipoglucemia es severa y está acompañada por un estado de inconciencia, convulsiones o vómito, se le debe de aplicar glucagón vía intramuscular, que actúa en los primeros 5 a 10 min aproximadamente. Además, si el paciente recupera la conciencia, inmediatamente debe de ingerir glucosa, para prevenir un nuevo ataque y acortar el tiempo de ayuno (Hanas, 2010; Lerman, 2011).

2.2 Educación en Diabetes.

La educación en diabetes “es un proceso que permite la adquisición de conocimientos, modificación de hábitos y actitudes a mantener o mejorar el estado de salud de la persona con diabetes”, de acuerdo a Vidal et al (en Escobar y Tébas, 2009, p.81). Tomando en cuenta que la educación en diabetes forma parte de los programas de salud, ligada a los programas terapéuticos para tener un mejor control sobre la enfermedad, el paciente debe tener un plan de atención y seguimiento, que debe de incluir un plan nutricional, ejercicio, instrucciones del paciente, vigilancia de los niveles de glucosa capilar, medicamentos, revisión periódica por el médico, examen físico, estudios de laboratorio y de gabinete, para detectar y tratar oportunamente las complicaciones. Así pues, para obtener un efectivo manejo de la enfermedad es necesario la participación activa del paciente, el cual debe tomar decisiones que sean aceptables para él y seguras medicamente (Lerman, 2011). Por lo cual, es de gran importancia la educación también de los familiares, no sólo para que apoyen al paciente a realizar los cambios necesarios en sus estilos de vida, sino porque también comporten factores de riesgo (Lerman, 2011; Morales et al, 2010).

Nutrición

Para lograr un adecuado control de la enfermedad, se necesitan tres elementos principales: alimentación, actividad física y un tratamiento farmacológico. En el caso de la dieta para el paciente, lo mejor es realizar un plan de alimentación, el cual debe de ser completo, bien planeado y, sobretodo, apetitoso para el paciente. Puesto que los profesionales del área de la salud conocen lo difícil que es lograr un adecuado control glucémico en pacientes con diabetes que presenta malos hábitos alimenticios (Franco y Arellano, 2009; Lerman, 2011). Un plan de alimentación presenta

diversos objetivos, que varían de acuerdo a las condiciones del paciente, por ejemplo, en pacientes con diabetes se espera:

Lograr un adecuado control metabólico, disminuir el riesgo de descompensaciones agudas graves, aliviar los síntomas, alcanzar valores normales de presión arterial, prevenir, retrasar y en dado caso tratar con las complicaciones micro y macrovasculares, conseguir un bien estado de salud y buena calidad de vida (Escobar y Tébas, 2009, p.85).

Sin embargo, antes de poder recomendar un plan de alimentación individualizado, se debe de tomar en cuenta algunos parámetros como: la edad, el género, el peso, la actividad física, el tipo de tratamiento farmacológico, los niveles de glucosa, los niveles de presión arterial y los triglicéridos (Lerman, 2011).

Ejercicio

Desde la década de los 50's, la alimentación y el ejercicio han ido a la par en el tratamiento de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). De acuerdo a Lerman, (2011) el ejercicio es recomendable y beneficio para los pacientes con diabetes al igual que lo es para el resto de la población generando una serie de beneficios (Ver tabla 6). Así en las personas con diabetes se puede recomendar el uso de tres tipos de ejercicio; aeróbicos, de fuerza y de estiramiento o flexibilidad de acuerdo a Franco y Arellano (2009):

Ejercicios aérobicos

También llamados ejercicios de resistencia, porque generan un mayor gasto energético al utilizar un mayor número de músculos, produciendo que el ritmo cardíaco-respiratorio aumente. Entre los ejercicios aeróbico más practicados están; la caminata, el trote, la natación, la bicicleta y la gimnasia.

Ejercicios de fuerza

Incluye ejercicios anaeróbicos, nombrados así, por el mínimo gasto de energía, dado que tienen el objetivo de aumentar la masa y la fuerza de algunos músculos, dentro de los cuales los más practicados son las pesas y bandas elásticas.

Ejercicios de flexibilidad

Su práctica ayuda a tener una mejor movilidad y libertad para realizar actividades de la vida diaria, además logra una mayor flexibilidad en las articulaciones, permitiendo mejores movimientos. Estos ejercicios consisten en estiramientos entre los diferentes grupos musculares, por lo que se recomienda su uso antes y después de los ejercicios aeróbicos y de fuerza. Aunque antes de practicar alguna actividad física, se debe de consultar con el médico, para realizar un apueba de fuerzo, mayormente indicada en pacientes mayores de 35 años y en pacientes tipo 1 con más de 10 a 15 años de evolución con la enfermedad, para prevenir hipoglucemias. Además, para realizar ejercicio no es necesario excederse para observar los cambios y beneficios, lo recomendable al comenzar son 30 minutos al día, pero si nunca se realizado ejercicio lo mejor es iniciar con 5 o 10 min minutos y poco a poco subir hasta alcanzar los 30 minutos (Escobar y Tébas, 2009; Franco y Arellano, 2009; Lerman, 2011).

Tabla 6*Beneficios del ejercicio.*

Produce sensación de energía.

Ayuda a combatir el estrés.

Mejora la autoimagen.

Ayuda a controlar la ansiedad y la depresión.

Ayuda a la relajación.

Mejorar el insomnio y el ciclo circadiano

Mejorar el tono muscular.

Contribuye a mantener un peso estable.

Fuente: recuperado de Escobar, F., y Tébas,

F. J. (2009). *La diabetes mellitus en la práctica clínica*. Medica

Panamericana;

Tratamiento farmacológico

Como anteriormente se ha mencionado, la nutrición y el ejercicio son básicos para el tratamiento de la diabetes, pero cuando estas acciones no parecen ser suficientes para alcanzar el control glucémico, es necesario comenzar un tratamiento farmacológico, el cual puede iniciarse con algunos hipoglucemiantes orales como lo son la metformina y la glibenclamida, siendo las más utilizadas en el tratamiento de las personas con diabetes, considerando que con el paso del tiempo y si los niveles de glucosa no están controlados, se necesita aumentar la dosis de hipoglucemiantes orales. Cuando estos medicamentos orales ya no cumplen su función se debe empezar el tratamiento con insulina (Franco y Arellano, 2009; Morales et al, 2010).

Tratamiento integral

Para alcanzar una adecuada adherencia al tratamiento y una mejora en la CV, en conjunto con la nutrición, el ejercicio y el tratamiento farmacológico es necesario también, la participación de la institución y de las áreas que la integran, de manera que, se realice una comunicación y participación interdisciplinaria y multidisciplinaria, con el objetivo de promover buenos estilos de salud, a través de talleres y pláticas de salud.

3. Calidad de Vida una Construcción Cultural

Con el final de la segunda guerra mundial la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sugirieron tomar acciones para medir el nivel de vida, con indicadores cuantitativos dentro de los campos de la salud, educación, empleo y vivienda, relacionando todo con la esperanza de vida. En 1965 en Suecia se inició una encuesta para medir el nivel de vida con nuevos indicadores y algunos anteriores que fueron ampliados como:

La salud y el acceso a la misma, el empleo y las condiciones de trabajo, los recursos económicos, la educación, la familia e integración social, la vivienda, la seguridad de la vida y de la propiedad, la recreación, la cultura y los recursos políticos. (Cardona y Agudelo, 2005,p.83).

Con lo que, se creó un nuevo concepto, el cual no fue muy bien aceptado y que con. el paso del tiempo, ha ido creciendo y derivando en nuevos instrumentos que sean capaces de medir más eficazmente la CV, ya sean genéricos y específicos, que varían de acuerdo al tipo de pacientes en estudio, escenario de administración, ya sea de formato breve o largo, auto administrado por medio de entrevista entre otros (Cardona y Agudelo, 2005). Los instrumentos *genéricos* se utilizan para evaluar un amplio rango de características aplicables a diversas enfermedades o condiciones; en cambio los instrumentos *específicos* tienen un enfoque dirigido a las características más relevantes de la enfermedad o condición de estudio, así como de los pacientes (López y Rodríguez, 2016).

Así, el concepto de CV ha presentado diversas modificaciones, conforme ha ido creciendo el nivel de comprensión en relación a las situaciones que agobian a la humanidad; en específico

los nuevos retos que implican el envejecimiento mundial de la población, en donde en algunos países se encuentran con nuevos cambios en sus perfiles de morbilidad, donde las enfermedades transmisibles ya no son tan comunes como ahora lo son las enfermedades crónicas-degenerativas, sobre todo en personas adultas mayores. Desde su conceptualización biopsicosocial dentro de la cual incluye aspectos objetivos y subjetivos de la satisfacción personal, del cual este último es el que adquiere mayor importancia de acuerdo a Nieto et al., 1998 (citado González y Rangel, 2010; Pimentel et al, 2013).

La CV como constructo, se ha adaptado en diferentes disciplinas, dentro de las cuales cada una tiene un concepto diferente que se adapta a sus objetivos (Cardona y Agudelo , 2005). Por ejemplo, en el área de salud se acorta el concepto de cv a un solo dominio en concreto, usando la expresión Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que se define “como el impacto percibido, o la repercusión, del estado de salud, o de su tratamiento en su caso, en la faceta socio personal del individuo” (Millán, 2011, p.620), donde la CVRS se divide en tres dimensiones: física, psicológica y social. De acuerdo con la OMS, citado en Cardona y Agudelo (2005, p. 85), definió la CV como:

La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones que incorpora las áreas físicas, psicológicas, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritual.

3.1 Calidad de Vida Objetiva.

La Calidad de Vida Objetiva (CVO), tuvo sus inicios en los enfoques sociológicos y económico, donde se trataba de evaluar un bienestar social a partir de datos medibles y objetivables, que se proponían analizar hechos reales de la vida. Algunos de estos indicadores objetivos-cuantificables son: el nivel socioeconómico, la educación, el estado de salud, la vivienda, la alimentación, el tiempo libre y la jubilación (González y Rangel, 2010; Moreno y Ximénez, 1996).

Tomando en cuenta que la CVO pasa necesariamente por el “espacio vital” de las necesidades, aspiraciones y deseos de las personas, dejando de lado los valores personales, tomando en cuenta lo que dice Campbell (1976), que los indicadores objetivos económicos aumentan, pero disminuye el grado de felicidad de manera progresiva, por lo que los bienes objetivos para que puedan generar un grado de satisfacción, es necesario deseárselos verdaderamente, para que no surjan problemas cuando se trate de evaluar la CV (Moreno y Ximénez, 1996).

En consecuencia, una de las pocas limitantes de tal factor, es que a la hora de evaluar y analizar sus indicadores socioeconómicos, éstos pueden ser evaluados de manera externa, pero no reflejarán el grado de satisfacción y felicidad de las personas. Motivo por el cual, se necesita de otra variable que pueda medir dichos elementos (de manera personal), requiriendo de una estricta y rigurosa metodología para una mejor complementación de la calidad de vida (González y Rangel, 2010; Moreno y Ximénez, 1996)

Comprendiendo así, que la CVO de acuerdo a Shin y Johnson (1978) proponen que “la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás” citado en (Moreno y Ximénez, 1996,p.6). Y que son evaluados por

terceras personas, con una relación a la funcionalidad física, psicológica y social, tomado en cuenta las oportunidades y acceso a los recursos que tiene un persona (González y Rangel, 2010).

3.1.1 Calidad de Vida Subjetiva.

La Calidad de Vida Subjetiva (CVS) nació de las perspectivas psicológicas y sociológicas, aunque en los últimos años incorporó a la perspectiva económica. La evaluación subjetiva o interna es realizada por el propio individuo, reflejando los pensamientos y sentimientos de las personas en relación a su vida (autorrealización), ya sea de manera general o específica, sobre su vida, su salud, el trabajo, el tiempo libre, la familia, sus estados de ánimo y sus relaciones sociales, entre otros (Marcial et al, 2016).

Yasuko et al (2005), refiere que la satisfacción y la felicidad son claros indicadores de un bienestar subjetivo y que se constituye de tres elementos relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida con un todo. De acuerdo a Schwartzmann (20013) menciona que la calidad de vida se define por un juicio subjetivo de acuerdo al grado de satisfacción o sentimiento de bienestar persona, pero que considera estrechamente los indicadores objetivos biológicos, psicológicos y sociales, citados en González y Rangel (2010).

De acuerdo a la OMS (2002,p.5) la calidad de vida es como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.

Así, la CV se puede conceptualizar de acuerdo a un sistema de valores que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar, consistiendo en una sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa las sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” de cada persona (González y Rangel, 2010).

3.2 Calidad de Vida en la Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus se ha convertido en un problema de salud a nivel global, siendo uno de los principales predictores de morbilidad, dando un cambio en la CV de las personas con ECNT y de igual manera afectando la educación y crecimiento económico de cualquier país (Brítez y Torres, 2017).

Uno de los factores más preocupantes de la diabetes mellitus, no solo es su diagnóstico, sino la falta de control de la misma, la cual puede generar complicaciones, causando daños severos en la salud y CV de los pacientes y sus familiares, al generar gastos físicos, emocionales y económicos. Por esta razón a nivel internacional se ha trabajado en crear estrategias que sirvan de orientación para el desarrollo de programas que mejoren la atención y CV de las personas con diabetes. En consecuencia, se crearon diversos instrumentos para medir la CVRS, en específico con algunas enfermedades crónicas degenerativas, los cuales se pueden clasificar en genéricos e inespecíficos (Bautista y Zambrano, 2015; Brítez y Torres, 2017).

A medida que las enfermedades crónicas no transmisibles aumentan, también lo hace el interés por la CV de los usuarios con dichas enfermedades y por los múltiples factores biopsicosociales que los rodean, los cuales pueden surgir de las respuestas individuales de los usuarios, de su familia, de sus amigos y de la misma sociedad, frente al diagnóstico y pronóstico de una patología, con el único fin de mejorar su CV, tomando como base cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción, de acuerdo a Sanchez-Sosa y González Celis, 2006 citado en (González y Rangel, 2010; Bautista y Zambrano, 2015).

Como ya se menciono anteriormente los pacientes con diabetes experimentan una reducci3n en su CV en comparaci3n con personas sanas, ya que la DM puede afectar su bienestar biopsicosocial, debido a las implicaciones del tratamiento como son el cambio en los h3bitos alimenticios y la implementaci3n de ejercicio fisico, las implicaciones propias de la enfermedad como los sintomas y sus posibles complicaciones micro o macrovasculares. Pero as3 como la CV de un paciente se puede ver afectada por una enfermedad cronica degenerativa como lo es la DM, tambien puede verse afectada de manera positiva, adoptando nuevos estilos de vida, todo varia desde que punto de vista del pacientes (Hattori, 2014).

4. Geroprofilaxis en el Proceso de Envejecimiento

En la actualidad se ha asociado una imagen negativa al proceso de envejecimiento, dando lugar a una gran discriminación y viejísimos, lo que es erróneo, ya que se ha demostrado que más del 80% de los adultos mayores son funcionales e independientes. Desde el punto de visto de Hayflick (citado en Rodríguez et al, 2011, p.10), el envejecimiento es “un proceso estocástico que ocurre después de alcanzar la madurez reproductiva y que deriva de un progresivo incremento en el desorden molecular progresivo, aparte el proceso de envejecimiento incrementa la vulnerabilidad de los hombres y los animales a la enfermedad o la predicción a los accidentes”.

Por otra parte, existen diversas teorías en relación al proceso de envejecimiento, dentro de las cuales están las que refieren que es una manifestación del orden molecular integrando órganos y sistemas, pero no se cuentan con biomarcadores específicos para definirlo (Rodríguez, et al, 2011). En el proceso de envejecimiento de notan “cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, que se asocian al paso del tiempo, volviendo al individuo más vulnerable, disminuyendo su capacidad de adaptación a hacia los nuevos retos de la vida” (Rodríguez et al, 2000, p.23).

Además, este proceso es irreversible, universal con gran variabilidad, individual (cada persona envejece de manera diferente), y por el momento inevitable. El cual se puede ver acompañado de mayor susceptibilidad a algunas enfermedades. Por otra parte, las sociedades más desarrolladas tienen mayor nivel de esperanza de vida al nacer, mejores condiciones de trabajo, seguridad y jubilación a diferencia de los países pobres; además para el proceso de envejecimiento se refleja en los estilos de vida, tomando en cuenta que una influencia negativa sobre el envejecimiento son la vida sedentaria, el consumo de tabaco o alcohol, las dietas no equilibradas,

la falta de relaciones sociales o la actividad dentro de sectores productoras de estrés (Millán , 2011; Rodríguez, et al., 2000).

Así mismo, se puede encontrar diversos tipos y conceptos de acuerdo a (Mendoza, 2013) en relación al envejecimiento, pero por lo general se utilizan tres tipos de envejecimiento:

- *Envejecimiento con fragilidad o patológico.* Las personas adultas mayores que presentan este tipo de envejecimiento, además de los cambios biopsicosociales de la edad, muestran una disminución en la respuesta funcional de los órganos y sistemas ante los cambios o riesgos, propiciando alteraciones físicas y complicaciones de enfermedades agudas y crónicas. Los adultos mayores con patologías descontroladas son vistos como frágiles, enfermizos y dependientes, de igual manera muestran afectaciones en sus funcionalidades sociales y cognitivas. Se calcula que alrededor del 5% de los ancianos de 60 a 84 años cursan un envejecimiento con fragilidad, el cual puede aumentar un 20% o más a partir de los 85 años.
- *Envejecimiento usual.* En este tipo de envejecimiento, además de los cambios inherentes a la edad, padecen de alguna enfermedad crónico-degenerativa, como lo son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la depresión, la osteoporosis, etc. Sin embargo, se tiene una buena funcionalidad física, psicológica y social, por lo que son personas independientes. Se estima que el 80% de la población de 60 años y más vive este tipo de envejecimiento.
- *Envejecimiento exitoso.* Manifiesta cambios biológicos, psicológicos y sociales acordes a la edad, con estilos de vida saludable, con poca frecuencia de enfermedades agudas y crónicas, además de una funcionalidad física, mental y social de acuerdo a su edad y contexto sociocultural. Este tipo de envejecimiento se presenta en entre un 5 y 15% de la población, aunque dicho porcentaje puede aumentar, si se promueven programas de

“gerontoprofilaxis, es decir la prevención en personas envejecidas y geroprofilaxis, que se refiere a las medidas preventivas para un buen envejecer” (Rodríguez, et al., 2011, p. 683).

Por lo que se origina la gerontología, que es la ciencia que estudia el envejecimiento y todos los fenómenos relacionado a este, dividiéndose en tres ramas, con base en los aspectos que estudia:

a) Gerontología Social, cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en el envejecimiento; b) Gerontología Experimental, que refiere a los aspectos de investigación que nos permitirían avanzar en el conocimiento del envejecimiento, y por último, c) Gerontología Clínica, que se referiría a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, su diagnóstico y la intervención terapéutica incluida la rehabilitación y readaptación social (Millán , 2011).

Dentro de la gerontología clínica se maneja los tres niveles de prevención de acuerdo al nivel o situación en que se encuentre la población de acuerdo a Leavell y Clark (citados en San Martín, 2016).

- Prevención primaria: son acciones individuales o comunitarias, con el propósito de reducir la incidencia de ciertas enfermedades, por lo que se actúa para disminuir los factores de riesgo.
- Prevención secundaria: está dirigida a la población presuntamente sana o en etapas iniciales de enfermedad, ayudando al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, de manera que, se eviten las complicaciones y secuelas de la enfermedad.
- Prevención terciaria: son medidas destinadas a reducir las consecuencias de la enfermedad incluyendo el tratamiento, rehabilitación y prevención de la discapacidad.

4.1 Teoría Genético- Estocástica.

Algunas de las teorías estocásticas se agrupan en aquellas teorías que comparten variables aleatorias, que hacen el progreso de envejecimiento sea producto al azar y deba ser estudiado a través de cálculos probabilísticos. Dentro de estas están las teorías del envejecimiento, que se basan en la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos, en ellas se considera al genoma como principal protagonista del fenómeno, donde los fenómenos ambientales influyen en el entorno celular, como responsable del deterioro del homeostasis celular. Es decir, los daños provocados aleatoriamente al ADN por factores internos o externos (Duverney, 2007).

Dentro de las teorías estocásticas, están las teorías genéticas, las cuales se agrupan en tres tendencias, las cuales dan al entorno celular un papel responsable de todos los daños provocados aleatoriamente al ADN por factores internos o externos: la teoría la diferenciación terminal, la teoría de la inestabilidad del genoma y la teoría de la regulación genética (Stone, 2014).

En cuanto a la teoría de regulación genética o programación genética, fue propuesta por Harman (citado en Ander, 2009), y refiere que todas las especies poseen un grupo de genes que permiten el desarrollo y la reproducción de los individuos. Para algunos especialistas, es la teoría más relevante para explicar el envejecimiento humano. Puesto que asegura el desarrollo, la reproducción y la reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante factores adversos, donde el envejecimiento tendría una relación directa con el desequilibrio de los factores que permiten el mantenimiento de la reproducción (Ander, 2009; Pardo, 2003).

4.2 Geroprofilaxis. Una Medida Preventiva.

Dentro de los sistemas de salud se están aventurando por la medicina preventiva, aunque hoy en día no se ha concretado esta sección dentro de área clínica, pero se están realizando algunos esfuerzos, para poder visualizar los efectos (Rodríguez, et al., 2011). Sin embargo, resulta algo difícil poder crear una cultura de prevención dentro del proceso de envejecimiento, así, las esperanzas preventivas sean lentas, se puede alcanzar una mejor calidad de vida ante el proceso de envejecimiento, con la finalidad de mantener la percepción del bienestar, autonomía, independencia y funcionalidad (Rodríguez, et al., 2000; Rodríguez, et al., 2011).

Así, la geroprofilaxis hace referencia a las medidas preventivas para un buen envejecer, las cuales deben aumentar su frecuencia de aplicación para disminuir los riesgos genéticos acumulados por los estilos de vida y diversas enfermedades. Para poder lograrlo, se debe comenzar desde una edad temprana, de lo contrario en el futuro se generarán más gastos en tratamientos y rehabilitaciones, generando una mayor demanda en gastos económicos, humanos y familiares (Rodríguez, et al., 2011).

Del mismo modo nunca es tarde para empezar con las medidas preventivas, que ayuden a disminuir los riesgos de contraer una enfermedad, para lo cual es importante seguir algunos consejos y recomendaciones acorde al grupo etario a la que se pertenece para cambiar los estilos de vida no saludables. Por ejemplo, en personas con una edad que oscila entre 40 y 59 años es recomendable que se realicen ciertas acciones de acuerdo a (Rodríguez, et al., 2000, p.317);

- Realizar actividades físicas, actividades sociales y mentales.
- Prevención y detección de enfermedades como la hipertensión arterial sistémica, problemas cardiovasculares, diabetes mellitus, procesos cancerosos, dislipemias

(colesterol, triglicéridos), ciclo circadiano, problemas dentales, déficit visual y auditivo, así como posibles problemas de extremidades inferiores.

- Asistir a consulta médica periódicamente, orientación sobre inmunizaciones, nutricional, sexualidad y el entorno, problemas de pareja y su familia, abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias.

Además, a partir de los 50 años, se debe tener una revisión periódica de presión arterial, posible deficiencia nutricional, detección oportuna de cáncer y revisión dental.

CAPITULO II. MARCO METODOLÓGICO

Planteamiento del Problema.

De acuerdo a lo investigado, la Diabetes Mellitus (DM) se está convirtiendo en la epidemia del siglo XXI, su prevención, su control y su tratamiento generan un reto a nivel global para la sociedad y los sistemas de salud, a causa del elevado costo económico y disminución de la Calidad de Vida (CV) de los pacientes con diabetes y sus familiares. De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes citado en (Hernández et al, 2013), China, India, EUA, Brasil, Rusia y México, en este orden, son los países con mayor número de personas con diabetes, reduciendo su esperanza de vida entre 5 y 10 años.

Por otro lado, los centros penitenciarios del país cuentan con deficiencias en las áreas de salud (programas preventivos), educación, trabajo, deportes, vivienda, alimentación, higiene, mantenimiento y limpieza (Moreno, 2017), lo que provoca una disminución en la CV de las Personas Privadas de la Libertad (PPL), en especial de los que padecen alguna patología como lo es la DM; donde las mismas condiciones deficientes aumentan ante la situación penitenciaria en la que se encuentran. Al mismo tiempo, en que las PPL se ven sujetos al estrés, al sedentarismo, a una dieta deficiente y malos hábitos, que incrementan la posibilidad de padecer complicaciones propias de las Enfermedades Crónico no Transmisibles (ECNT) de acuerdo a Moreno y Jaramillo (2009, p.10).

En otras palabras, una PPL es “persona que se encuentra reclusa en un centro penitenciario, ya sea en proceso de recibir sentencia o que se encuentre cumpliendo su pena de prisión derivada de una sentencia condenatoria” acorde a lo mencionado en el análisis y estadística

del sistema penitenciario estatal en México del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI, 2017, p.8), siendo una población en riesgo, y más al vivir un proceso de envejecimiento patológico, teniendo un diagnóstico de DM, que de acuerdo con el informe mundial sobre diabetes -resumen de orientación de la Organización Mundial de la Salud- (OMS) “la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que se desencadena cuando el páncreas no produce insulina, o cuando el organismo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce” (2016, p.2). Además, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo (CDHEH), en su diagnóstico penitenciario primer semestre 2016 menciona que por “por la falta de medicamentos, los inadecuados tratos médicos e incluso la ausencia de atención médica” se pueden agravar la enfermedad provocando una disminución en su CV, tomando en cuenta que dentro del Centro Reinserción Social (CE.RE.SO) del municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo, tiene una capacidad para albergar a 1107 PPL, pero dentro de sus instalaciones se tiene una sobrepoblación del 49% llegando a tener a 1649 personas (CDHEH, 2018), de los cuales no hay censos externos ni internos en relación al número de PPL con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que se ven sujetos a lo anteriormente mencionado por Moreno y Jaramillo (2009, p.10)

Por lo tanto, se hace necesario llevar a cabo una investigación con las PPL que tengan DM, del CE.RE.SO del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo; puesto que las deficiencias que presentan estos individuos se ven ampliadas ante la situación penitenciaria en la que se encuentran.

Justificación.

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en México, afectando alrededor de 12 millones de personas, de acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes citado en (Guerrero et al, 2018). Lo cual puede desencadenar una muerte prematura, la disminución de su Calidad de Vida (CV) y su independencia, a causa de; las complicaciones relacionadas con la diabetes también se asocian con un impacto negativo en la economía global, que se ve reflejado en los sistemas de salud y, es más evidente, cuando la atención médica debe ser financiada por las personas con diabetes y su familia.

Las personas que padecen de alguna ECNT viven un desgaste psicológico al presentar preocupaciones en relación al manejo de su enfermedad, como el temor a futuras complicaciones, con lo que también es latente la incomodidad y el dolor (International Diabetes Federation, 2019). Dichas situaciones pueden verse incrementadas en las PPL, dado que el sistema de salud interno resulta ser escaso y los sujetos no cuentan con la economía suficiente para solventar, los gastos que genera su enfermedad y sus cuidados.

Existen diversas investigaciones en relación a las personas con diabetes y su CV, aunque sin un abordaje enfocado a su proceso de envejecimiento y expectativas en la vejez, es decir, un marco gerontológico; además no se encontrarán investigaciones relativas a la CV de las PPL con DM. Por tanto la presente investigación pretende evaluar los componentes de la CV de las PPL con DM de 40 a 60 años de edad del CERESO del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo, para elaborar una propuesta de intervención gerontológica, con base en los componentes de riesgo detectados, de manera que los ayude a mejorar su estado de salud y disminuir la probabilidad de desarrollar complicaciones debidas a su padecimiento. Lo que sería importante debido a que, los gerontólogos pueden orientar y sensibilizar a los procesados y directivos de los CE.RE.SOS, y cárceles

distritales, a desarrollar un óptimo ambiente dentro de sus instalaciones, a través de acciones profilácticas y desarrollando nuevas líneas de investigación, encaminadas a un adecuado proceso de envejecimiento y mejora de la CV de las PPL.

Pregunta de Investigación.

¿Cómo es la Calidad de Vida de las Personas Privadas de la Libertad con Diabetes Mellitus de 40 a 60 años de edad del Centro de Reinserción Social del Municipio de Pachuca, Hidalgo?

Objetivos de Investigación.

Objetivo general.

Evaluar los componentes de la Calidad de Vida de las Personas Privadas de la Libertad con Diabetes Mellitus del Centro de Reinserción Social del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Objetivos específicos.

- Identificar los elementos que componen la Calidad de Vida de las Personas Privadas de la Libertad con Diabetes Mellitus del Centro de Reinserción Social del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Elaborar una propuesta de intervención gerontológica, con base en los componentes que presentan riesgo de la Calidad de las Personas Privadas de la Libertad con Diabetes Mellitus del Centro de Reinserción Social del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Hipótesis o Supuesto de Investigación.

La Calidad de Vida de las Personas Privadas de la Libertad con Diabetes Mellitus del Centro de Reinserción Social del Municipio de Pachuca de Soto Hidalgo es deficiente, a causa de las condiciones en las que viven, teniendo en cuenta su situación penitenciaria.

Diseño de Investigación.

Se realizó una investigación, de tipo *descriptivo* debido a que se analizaron las características de la CV de la población objetivo; mediante un *diseño no experimental* ya que no existe manipulación intencional de las variables a evaluar (ver tabla 1); de forma *transversal*, con una recolección de datos en un solo momento (García, 2009). Además, se empleó el estudio de la unidad de análisis a través del estudio de caso, construido por aquellas personas que decidieron participar de manera voluntaria en la investigación y cumplieron con los criterios de inclusión.

Lugar de Estudio.

Se llevó a cabo la investigación dentro de las instalaciones del CE.RE.SO del municipio de Pachuca Hidalgo, ubicado Blvd. Del Minero S/N, Carr Pachuca – Actopan, Km. 6.5, C.P. 42030 (en red Secretaría de Seguridad Pública, 2018), en el consultorio de remisiones parciales.

Población.

De las 1949 personas privadas de la libertad, solo 1498 son hombres.

Muestra.

No probabilístico de 10 participantes PPL voluntarios con DM de una edad que oscile de los 40 a 60 años de edad.

Criterios de Inclusión.

- Que sean PPL.
- Con una edad de 40 a 60 años de edad.
- Con un diagnóstico previo de DM.
- Que participen de manera voluntaria en la investigación.
- Sin deterioro cognitivo aparente.

Criterios de Exclusión.

- Que no quieran participar de manera voluntaria.

Tabla de Variables

Tabla 7

Tabla de componentes de la calidad de vida

Componentes	Dimensiones	Concepto	Indicadores	Instrumentos
de la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Subjetiva 	<p>La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones</p> <p>(OMS, 2002, p. 78)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Energía-movilidad • Control de Diabetes • Ansiedad y preocupación • Carga social • Funcionamiento sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • DM39 • Entrevista de semi-estructura da
	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva 	<p>La posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de complicaciones • Adherencia al tratamiento • Hipoglucemia • Autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de identificación • Check list hipoglucemia

las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás (Shin y Johnson, 1978, citado en Moreno y Ximénez, 1996,p.1050).	• Nutrición	• Test de autocuidado (test de CYPAC-AM)
		• Adherencia al tratamiento (test de cumplimiento SMAQ)
		• Auto reporte alimenticio

Material y Métodos.

- Baunanómetro aneroide: es un instrumento que permite medir la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales, utilizado de la siguiente manera:
 1. Se coloca al paciente en una posición cómoda ya sea sentado o acostado (fowler o decúbito supino/dorsal) se toma uno de los dos brazos (de preferencia el brazo izquierdo), se busca el pulso braquial, para tener una idea más acertada de donde colocar la bolsa de aire del baunanómetro, asegurando que este a una medida adecuada, permitiendo que a la hora de inflar la bolsa de aire tenga suficiente espacio o no lastime.
 2. Una vez que ya se encuentre colocado el baunanómetro, se debe revisar que la flecha que tiene la bolsa de aire, apunte hacia el dedo pulgar y cerca del pulso braquial, una vez verificado esto, se puede colocar el estetoscopio, por debajo de la bolsa de aire, a un nivel más o menos próximo al pulso braquial.
 3. Con el bulbo para inflar, hay una perilla, la cual se debe de verificar que esté cerrada, para poder indicar la presión, y que, el aire que va a inflar no salga. Posteriormente se inflará aire hasta que se llegue a la cifra de 200 mm/Hg aproximadamente. Llegando a dicha cifra, la perilla de abre lentamente, para tener mejor audición del pulso, cuando se desinfla la bolsa de aire, permitiendo escuchar el primer latido correspondiente a la presión sistólica y el ultimo latido correspondiente a la presión diastólica (Guerra, 2011).
- Estetoscopio: es un dispositivo medico acústico que permite amplificar los sonidos corporales, logrando una mejor percepción de ellos, por medio de la auscultación, siendo utilizado de la siguiente forma.

- 1) El estetoscopio está constituido por dos olivas adaptables al oído, entrelazados a unos tubos de goma, que terminan con un diafragma y una campana, los cuales ayudan a amplificar los sonidos corporales.
 - 2) Se coloca la campana (sonidos de alta frecuencia) o el diafragma (sonidos de baja frecuencia), cerca del cuerpo para escuchar los sonidos cardiacos, respiratorios o intestinales (Servicios de Salud del Estado de Colima, s.f.).
- **Glucómetro digital:** es un pequeño medidor que analiza los niveles de azúcar en la sangre, añadida en las tiras reactivas, que son introducidas en la ranura correspondiente.
 - 1) Primero se desinfecta el dedo donde se vaya a pinchar, ya sea con alcohol, agua oxigenada o con agua y jabón.
 - 2) Con la lanceta, se pincha el dedo desinfectado y se extrae un par de gotas de sangre, que se depositaran en la tira reactiva, la cual será colocado en la ranura correspondiente del glucómetro.
 - 3) Se esperará unos segundos para que el glucómetro nos marque el resultado, con los niveles de azúcar en la sangre que se tiene en esos momentos (Glucómetro.org, s.f.).
 - **Tiras reactivas:** están diseñadas con un plástico ligero, largo y rectangular, que posee microchips con sensores de manera que monitoreen la glucosa y encienden el glucómetro.

Procedimiento:

1. Se introduce la tira reactiva en la ranura correspondiente del glucómetro, para encender el glucómetro automáticamente.
2. Después de a ver pinchado el dedo del paciente, y obtener una gota de sangre, esta se deberá de colocar en la zona adecuada, de tal forma que la reacción

electroquímica se interprete y muestre los niveles de glucosa del paciente (Diabetes juntos x ti- tu asesor en salud, 2016).

- Lancetas: es un pequeño elemento con punta, utilizado para realizar una pequeña incisión en la piel y obtener un volumen de sangre, utilizado para analizar la glucosa en sangre entre otros componentes (hemoglobina, lactato etc.)

Uso:

- 1) Antes de utilizar una lanceta, hay que verificar que este sellada y estéril.
 - 2) Después insertar la lanceta en el punccionador y, una vez fijo, retirar la tapa de la lanceta, girándola suavemente y tapar el punccionador.
 - 3) Realizar la punción en cualquier dedo del paciente.
 - 4) Para desechar la lanceta, hay que destapar el punccionador y encajar la lanceta en su tapa, de manera que evitemos punciones accidentales, depositando la lanceta en el contenedor para desechos punzocortantes. (Gagliardino et al, s.f.)
- Alcohol etílico: es un líquido incoloro y transparente con acción bactericida, utilizado como antiséptico en punciones venosas, inyecciones subcutáneas, intradérmicas, intramusculares y extracción de sangre (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2013). Se puede utilizar con ayuda de bolitas de algodón, para una mejor distribución en la zona a desinfectar.
 - Torundas de Algodón: son filamentos de 100% algodón, los cuales son inoloros, suaves al contacto, y de color blanco, utilizados para curaciones en general, en este caso, absorbidas en alcohol previamente para utilizarlas como distribuidor de antiséptico (Medical Supplies Corp, 2015).

- Bote de Residuos Peligrosos Biológicos-Infeciosos (RPBI): de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en cada establecimiento que presten servicios de atención médica, deben de manejar regulaciones ambientales con el fin de proteger el medio ambiente y la salud de la población en general.

De manera que se deben de identificar los diversos envasados para los diferentes RPBI, en este caso solo se empleó el envasado rojo de objetos punzocortantes, en el que se colocaron las lancetas (Secretaria de Salud, 2003).

- Báscula con Estadiómetro: las básculas son instrumentos de medición, con el objetivo de determinar el peso de diversos cuerpos; normalmente tiene una plataforma horizontal, sobre la cual se coloca el cuerpo que se quiere pesar.

Para una correcta medición, es necesario verificar que la báscula este firme, colocar las vigas en ceros posteriormente se le pedirá al sujeto que se despoje de todo el exceso de peso (ropas pesadas, zapatos, monedas, llaves, celulares, etc.), le sujeto debe de estar en posición erecta y relajada, con las palmas de las manos extendidas y descansando lateralmente en los muslos; con los talones ligeramente separados formando una uve (V) y sin hacer ningún movimiento, más adelante, se elevara el estadiómetro hasta topar con la cabeza del sujeto, comprimiendo suavemente el cabello (Servicios de Salud de Estado de Colima, s.f).

- Calculadora: es un dispositivo electrónico utilizado para hacer diversos cálculos, formada por un teclado, fuente de alimentación, pantalla, procesador y circuito electrónico y una carcasa. Siendo una herramienta de trabajo para todo estudiante o profesional que lo utiliza, ayudando a calcular diversas operaciones algunas sencillas (suma, resta, división y

multiplicación) y otras más complejas (con funciones logarítmicas, trigonométricas, paréntesis, etc.) (Revista ARQHYS, 2016).

- Reloj con segundero: un reloj es un dispositivo y accesorio utilizado para saber la hora, existiendo básicamente tres tipos de relojes
 1. Los analógicos: que solo tienen manecillas o agujas.
 2. los digitales: tiene solo números para leer en su pantalla.
 3. mixtos: son una mezcla entre los relojes analógicos y los digitales (Cultura10, s.f).
- Instrumentos. Descritos a continuación.

Instrumento Calidad de Vida Diabetes Mellitus 39.

Creada por G Broyer en España y modificada por para su evaluación y validación en México por Juan Manuel López-Carmona y Raymundo Rodríguez-Moctezuma en el año 2006, en un hospital del Estado de México.

El cuestionario contiene 39 ítems, que se agrupan en cinco secciones: *Energía-Movilidad* (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), *Control de la diabetes* (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39), *Ansiedad-preocupación* (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), *Carga social* (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y *Funcionamiento sexual* (tres ítems: 21, 23 y 30), los pacientes responden que tan afectada se ve su calidad de vida en el último mes, colocando una X en una de las casillas horizontales que tiene los números 1 al 7, dando valores al número 1 como *nada afectado en lo absoluto*, y al número 7 como *sumamente afectado* en su calidad de vida. Respondiendo de acuerdo a la percepción del paciente.

A continuación, las puntuaciones de cada dominio se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una conversión lineal con las siguientes formulas, y se toma como punto de corte para definir *mejor calidad de vida* (<29) y *peor calidad de vida* (>29), contiene dos ítems finales, que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global y la severidad de la diabetes (López y Rodríguez, 2006).

- Energía y movilidad.
[[Calificación cruda-15) / (105-15)] x 100.
- Control de diabetes.
[[Calificación cruda-12) / (84-12)] x 100.
- Ansiedad – preocupación.
[[Calificación cruda-4) / (28-4)] x 100.
- Carga social.
[[Calificación cruda-5) / (35-5)] x 100.
- Funcionamiento sexual.
[[Calificación cruda-3) / (21-3)] x 100.
- Calificación total.
[[Calificación cruda-39) / (273-39)] x 100.
- Calidad de vida.
[[Calificación cruda-1) / (7-1)] x 100.
- Severidad de la diabetes.
[[Calificación cruda-1) / (7-1)] x 100.

El Test De Check List Hipoglucemia.

Empleada para describir periodos de hipoglucemia en el paciente con diabetes, en el sector salud, utilizada por los hospitales de Pachuca.

Su baremación en la presente enmarca síntomas de una posible hipoglucemia, es necesario corroborar con una prueba de glucosa capilar, sin embargo, si están presentes tres de estos síntomas es importante considerar la hipoglucemia.

Test De CYPAC-AM (Percepción Del Autocuidado).

El test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-Am), fue desarrollada por Israel E. Millán Méndez en el año 2010; es un cuestionario integrado por ocho criterios; actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud y adicciones o hábitos tóxicos. Cada criterio está compuesto por 4 ítems con un valor máximos de 24 puntos y valor mínimo de 0.

El cuestionario puede ser heteroadministrada, y cada criterio determina el nivel de independencia o no, para la realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por lo tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es dependiente para esa actividad y entonces miden los otros reactivos.

- Si es tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.
- Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.
- Si más de una respuesta es negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Rangos de interpretación.

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado
- Entre 16 y 20 puntos: percepción del autocuidado parcialmente adecuado
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción del autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero al menos con una categoría evaluada de 0: sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: con déficit de autocuidado total (Can, Sarabia, y Guerrero, 2015).

Test De Cumplimiento SMAQ.

Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación (SMAQ, por sus siglas en inglés), es un instrumento, desarrollado en España entre los años de 1998 y 1999, como una modificación del cuestionario de Morisky-Green, para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Está basado en preguntas para el propio paciente sobre su hábito en la administración de fármacos, y consta de seis preguntas que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Si un paciente se considera no cumplidor si responde en la pregunta; (1, Sí) (La 2, no) (La 3, sí) (La 5, C, D o E) (La 6, más de 2 días). Como el cuestionario de SMAQ parece ser un instrumento adecuado para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con SIDA, puede aplicarse en la mayoría de los entornos clínicos (Ortega et al, 2011). Gualotuña y Córdova (2018), realizaron un estudio donde los resultados que se obtuvieron identifican el porcentaje de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial

adherentes al tratamiento, de los tres instrumentos utilizados (Morisky-Green, Batalla y SMAQ test) y comparados, solo SMAQ test, demostró un mayor porcentaje de mala adherencia al tratamiento por sus variables y su contenido.

Auto Reporte de Consumo de Alimentos.

Formato de auto registro de la frecuencia de ingesta de tipos alimentos que adquieren y les son suministrados las PPL, por la institución o de manera personal, en el total de comidas que realizan durante una semana (ver anexos).

Entrevista Semiestructurada.

Entrevista semiestructurada conformada por 33 preguntas abiertas, divididas en cuatro apartados: datos de identificación personal, historial patológico de la enfermedad, factores conductuales, y factores psicosociales (ver anexos).

Ficha de identificación.

Ficha de identificación confidencial con datos personales y clínicos de los usuarios participantes.

Procedimiento Técnico.

1. Se investigó la oportunidad de abrir una nueva unidad receptora, para la realización de prácticas profesionales y servicio social, de manera que, se pudiera conocer mejor la situación de las PPL en su día a día.
2. Se solicitó a las autoridades del CE.RE.SO de Pachuca el permiso para realizar la investigación.
3. Se solicitó la participación de las PPL.
4. Se les dio a leer una carta de consentimiento voluntario e informado, que posteriormente firmaron si estaban de acuerdo.
5. Se aplicaron las evaluaciones, en forma de entrevista, en un tiempo de una sesión de una hora.
6. Se les entregó una hoja de auto reporte alimenticio, sobre los alimentos que consumen en sus tres comidas al día durante toda la semana, se les explicó la forma de llenado y como devolver la evaluación al investigador, 7 días después.
7. Se elaboró una base de datos con la información recolectada, en el programa de Word.
8. Se transformó las puntuaciones obtenidas de cada dominio del cuestionario sobre calidad de vida Diabetes 39, a una escala de 0 a 100, para su interpretación con base en los puntos de corte antes referenciados en la descripción del instrumento.
9. Se realizó un análisis de datos mediante el uso de herramientas descriptivas.

Marco Contextual

La presente investigación para su fase de cambio se llevó a cabo en las instalaciones del CE.RE.SO de Pachuca, como ya se ha mencionado anteriormente.

En estas instalaciones se cuenta con las áreas de:

- Servicios médicos
- Psicología
- Trabajo social
- Educativa

Cada una de ellas con programas a desarrollar con las PPL.

Actualmente se cuenta con una población de 1649 habitantes de acuerdo a la (CDHEH, 2018), de los cuales no se cuenta con datos específicos de su estado de salud.

Para la identificación de la población con DM de 40 a 60 años de edad, se aplicaron los instrumentos anteriormente mencionados a un grupo de 10 personas con un diagnóstico previo de DM, por parte del área médica del CE.RE.SO de Pachuca, los cuales decidieron participar de manera voluntaria en el estudio.

A continuación, se presenta cada uno de los casos.

CAPITULO III. ANÁLISIS DE CASOS

Paciente número 01 de 60 años de edad, soltero, con una sentencia penal de catorce años, de los cuales lleva cuatro años privados de su libertad. Presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) normal, una presión arterial normal alta, sin embargo tiene presente un descontrol metabólico de acuerdo a sus niveles de glucosa e indicadores de hipoglucemia, pese a que es cumplidor con su tratamiento farmacológico y realiza actividad física, su autocuidado presenta un descontrol, siendo este parcialmente adecuado, por lo que las áreas que necesita reforzar son: alimentación, eliminación, descanso y sueño e higiene y confort (ver tabla 8 y tabla 8.3 en anexos).

En cuanto a su alimentación (ver tabla 8.1 en anexos), se observa que tiene un cuidado inadecuado pese a lo que el paciente refiere, dado que consume en gran cantidad harinas procesadas e irritantes, ya sean proporcionados por la institución o de manera personal, la cual puede verse relacionado con su percepción del bienestar y la calidad de sus relaciones personales, puesto que su familia la visita con regularidad y refiere que su convivencia es “buena”, pero en su planes a futuro sugiere que le gustaría convivir más con su familia. Por otro lado, la relación que tiene con sus compañeros es “buena” por qué “vivimos juntos”. Viéndose afectada su calidad de vida (ver tabla 7.2 en anexos), dado que sus niveles de acuerdo con una escala de 0 a 100, su percepción está en un 62.82, puesto que en la mayoría de los dominios está por encima de 29 puntos definiéndose como “peor” calidad de vida.

Intervención gerontológica; paciente número 01.

Reducir el consumo de harinas procesadas, sustituyéndolo por alimentos balanceados y nutricionales, acorde a sus posibilidades, de igual manera, sugerir horarios para la ingesta de alimentos, disminuyendo así, los periodos de ayuno, obteniendo un mejor control metabólico, siendo verificado periódicamente por sus niveles de glucosa.

También orientar al paciente en la importancia de observar continuamente sus deposiciones fecales, de manera que se pueda prevenir y tratar oportunamente las enfermedades gastrointestinales. Al igual que el valor que presenta una adecuada higiene, para evitar infecciones.

Se solicitaría el apoyo de las áreas de psicología, para mejorar sus relaciones socio-familiares, y del área médica para llevar un mejor control de la enfermedad, de ayudando así a sus esferas biopsicosociales, mejorando su CV.

Paciente número 02 de 60 años de edad, casado, con una sentencia penal de doce años, de los cuales lleva cinco años y cuatro meses privado de su libertad, con un IMC que indica un sobrepeso y una presión arterial óptima, sin embargo, presenta un descontrol metabólico de acuerdo a su nivel de glucosa e indicadores de hipoglucemia, a pesar de ser un paciente cumplidor con su tratamiento y de practicar actividad física, presenta un autocuidado adecuado que solo requiere un refuerzo en las áreas de eliminación e higiene y confort (ver tabla 9 y tabla 9.3 en anexos).

En cuanto a su alimentación (ver tabla 9.1 en anexos) presenta un balance mínimo, entre lo que la institución le proporciona y lo que el paciente de manera personal consume, y aunque el paciente refiere que “trato de cuidarme yo solo”, ingiere alimentos con grasa, lo cual puede ser influenciado por sus relaciones personales (ver tabla 9.3 en anexos), puesto que la convivencia con su familia es “buena” al igual que la relación con sus amigos ya que “compartimos alimentos”. Su calidad de vida (ver tabla 9.2 en anexos) se encuentra en un 53.06 de una escala de 0 a 100, donde la mayoría de los dominios se encuentran por encima de 29 puntos definiéndose como peor calidad de vida.

Intervención gerontológica; paciente número 02.

Recomendar alimentos balanceados y nutricionales de acuerdo a su disposición, disminuyendo el consumo de alimentos con grasa, de igual manera sugerir un horario específico para el consumo de sus alimentos, para reducir los periodos de ayuno, verificando su control, con un continuo monitoreo de sus niveles de glucosa, hasta que sean estables y constantes, siendo reforzado con actividad física, de manera que se pueda mantener un IMC normal, con el apoyo del área media.

Orientar al paciente, acerca de la regular observación de sus deposiciones fecales, para la detección oportuna de enfermedades gastrointestinales y su pronto tratamiento. A demás, de gestionar el apoyo del apoyo del área de psicológica para mejorar las relaciones socio-familiares, del paciente, con la finalidad de mejorar su CV.

Paciente número 03 de 41 años, separado, con una sentencia de treinta y seis años y cuatro meses, de los cuales lleva un año y siete meses privado de su libertad, presenta un IMC normal, una presión arterial normal, pero un control metabólico moderado, reflejado en los indicadores de hipoglucemia, lo cual, no se debe al tratamiento farmacológico, puesto que es un paciente cumplidor y que realiza actividad física, con un autocuidado parcialmente adecuado, que solo necesita que refuercen las áreas de descanso y sueño, higiene y confort y control de la salud (ver tabla 10 y tabla 10.3 en anexos).

Debido a, que los posibles factores de afectan a su metabolismo se deban a su alimentación (ver tabla 10.1 en anexos), dado que toda su ingesta es proporcionada por la institución consumiendo harinas procesadas e irritantes con mucha frecuencia, otro posible factor son sus relaciones personales (ver tabla 10.3 en anexos), puesto que su familia no lo visita y no tienen amigos o compañeros con los que se pueda apoyar emocionalmente, pero aun así, reflejando una calidad de vida (ver tabla 10.2 anexos) de 20.13 de acuerdo a la escala de 0 a 100, con sus dominios aparentemente presenta una mejor calidad de vida a excepción del dominio de ansiedad-preocupación que tiene un total de 50 sobre la escala.

Intervención gerontológica; paciente número 03.

Sugerir la disminución de consumo de alimentos procesados e irritantes, sustituyéndolos por alimentos más nutricionales y balanceados, acorde a sus posibilidades, para un mejor control de su enfermedad, aconsejando horarios para el consumo de sus alimentos, reduciendo los periodos de ayuno, y los periodos de descanso y sueño sean los necesarios.

Orientar al paciente, sobre una adecuada higiene y autoexploración, para la prevención de infecciones y problemas en la piel, de igual manera, solicitar la intervención de las áreas de psicología y médica, para disminuir la ansiedad y preocupación del paciente, y mejorar sus relaciones socio-familiares, de manera que pueda presentar un mejor control de su enfermedad, y reducir el riesgo de complicaciones.

Paciente número 04 de 58 años, casado con un proceso de sentencia penal, del cual lleva cuatro meses privado de su libertad y que presenta un IMC que refleja sobrepeso y una presión arterial normal, pero con un descontrol metabólico reflejado en su nivel de glucosa, siendo un paciente cumplidor con su tratamiento, que no ha presentado síntomas de hipoglucemia, también es una persona que realiza actividad física constantemente y presenta un autocuidado adecuado que solo necesita un refuerzo en las áreas de eliminación, higiene y confort y control de la salud (ver tabla 11 y 11.3 en anexos).

Siendo su alimentación (ver tabla 11.1 en anexos) uno de los posibles factores que afectan a su metabolismo, ya que su consumo es totalmente proporcionado por la institución, consumiendo con mucha frecuencia harinas procesadas e irritantes. Otro de los posibles factores serían sus relaciones personales (ver tabla 11.3 en anexos), debido a que su familia no lo visita y solo convive con sus compañeros-amigos “por los valores” que tienen en común. De modo que, de acuerdo a su percepción su calidad de vida (ver tabla 11.2 en anexos) es mejor, puesto que todos los dominios se encuentran por debajo de 29 puntos.

Intervención gerontológica; paciente número 04.

Insinuar un cambio en sus hábitos alimenticios acorde a sus posibilidades para mejorar su IMC y sus niveles de glucosa, disminuyendo el consumo de harinas procesadas e irritantes. De manera que se oriente al paciente sobre la continua observación de sus deposiciones fecales, para una intervención oportuna de las enfermedades gastrointestinales, señalando la importancia de una adecuada higiene y autoexploración para la detección temprana de infecciones cutáneas, obteniendo así, un mejor control de su salud, siendo respaldado por el área médica. De igual modo, solicitar el apoyo del área de psicología, para mejorar, la situación socio-familiar del individuo.

Paciente número 05 de 49 años, en unión libre, con una sentencia penal de diecinueve años, de los cuales lleva seis años y seis meses privado de su libertad, con IMC que refleja sobrepeso y una presión arterial normal, pero con un control metabólico moderado, que se demuestra en su nivel de glucosa y en los indicadores de hipoglucemia que ha presentado, descartando que sea por la medicación, dado que es un paciente adherente al tratamiento, que realiza actividad física con regularidad y presenta un autocuidado parcialmente adecuado, necesitando refuerzo en todas las áreas a excepción de las áreas de higiene y confort, medicación y adicciones o hábitos tóxicos (ver tabla 12 y tabla 12.3 en anexos).

Puede ser posible que su alimentación (ver tabla 12.1 en anexos) sea el factor que afecta a su metabolismo, debido a que tiene un cuidado inadecuado, a causa del consumo frecuente de harinas procesadas, grasas e irritantes proporcionados por la institución y de manera personal, siendo esta última posiblemente influenciada por sus relaciones personales (ver tabla 12.3 en anexos), ya sea por parte de su familia cuando lo visitan o por la convivencia con sus compañeros. Así mismo, muestra una calidad de vida peor ya que presenta en sus dominios valores mayores a los 29 puntos a excepción del dominio de funcionamiento sexual (ver tabla 12.2 en anexos).

Intervención gerontológica; paciente número 05.

Aconsejar un cambio en sus hábitos alimenticios, por alimentos más balanceados acorde a sus posibilidades, reduciendo el consumo de harinas procesadas e irritantes de manera que, su IMC este dentro de los valores normales, con ayuda de una mayor cantidad de actividad física. De igual manera, se le recomienda horarios específicos para el consumo de sus alimentos y sueño a fin de, disminuir los periodos de ayuno y tener un adecuado descanso.

De marea que, se refuerce la importancia de un adecuado autocuidado, como la constante observación de sus deposiciones fecales, para una detección y tratamiento oportuno de enfermedades gastrointestinales. De manera que, su control de salud sea más óptimo, gestionando el apoyo del área médica con el fin de mejorar su CV.

Paciente número 06 de 55 años, en unión libre, con una sentencia penal de un año nueve meses de los cuales lleva un año siete meses privado de su libertad, con un IMC que indica obesidad, una presión arterial normal alta y con un descontrol metabólico demostrado en su nivel de glucosa y en los indicadores de hipoglucemia. Aun cuando realiza actividad física constante, existen posibles factores que afectan a su metabolismo, entre ellos está que sea un paciente incumplidor al tratamiento farmacológico, en vista de que no consume ningún fármaco para su control, también presenta un autocuidado inadecuado que necesita refuerzo en todas las áreas a excepción de descanso y sueño y adicciones o hábitos tóxicos, en cuanto a su alimentación, es inadecuado puesto que la mayoría de su ingesta es proporcionada por la institución, y ocasionalmente de manera personal, consumiendo con frecuencia harinas procesadas y explica que “no me interesa llevar una dieta” y “sé que debo cuidarme pero le da lo mismo” (ver tabla 13, tabla 13.1 y tabla 13.3 en anexos).

Otro de los posibles adversos a su metabolismo son sus relaciones personales (ver tabla 13.3 en anexos), ya que su familia no lo visita y solo convive con sus amigos-compañeros y entre sus planes a futuro se encuentra el deseo de convivir más con su familia. Dando como resultado una peor calidad de vida, dado que en todos los dominios presentan una puntuación por encima de los 29 puntos (ver tabla 13.2 en anexos).

Intervención gerontológica; paciente número 06.

Gestionar el apoyo de las áreas de psicología y médica, para mejorar las relaciones socio-familiares y control de emociones del paciente, al llevar una vida con una ECNT y, llevar un mejor control de su enfermedad, aconsejando a un cambio en sus hábitos alimenticios, reduciendo el consumo de harinas procesadas y aumentando el consumo de alimentos más saludables que estén a su disposición y acorde a sus posibilidades. De manera que, pueda mantener un mejor control de su metabolismo, el cual se verá reflejado en su IMC, sus niveles de glucosa y presión arterial.

A fin de, reforzar una mayor actividad física, y conociendo la importancia de un autocuidado y control de su salud adecuados, para la prevención de posibles complicaciones propias de la diabetes.

Paciente número 07 de 54 años, casado y con una sentencia penal de dieciocho años nueve meses de los cuales lleva doce años privado de su libertad, con un IMC que indica sobrepeso, una presión arterial normal y un metabolismo descontrolado, manifestado en su nivel de glucosa y en los indicadores de hipoglucemia, aun cuando realiza actividad física y presenta un autocuidado adecuado que necesita un refuerzo en las áreas de alimentación, eliminación y descanso y sueño (tabla 14, tabla 14.3). También presenta una “buena” relación con su familia dado que lo visitan y convive con sus compañeros de manera “regular”, pero que entre sus planes a futuro esta “reunirme con la familia”. Por lo que se observa, es un paciente incumplidor con su medicación y presenta una alimentación inadecuada proporcionada por la institución (tabla 14 y tabla 14), pese a lo que el paciente refiere, puesto que consume con frecuencia harinas procesadas, irritantes y grasas. Generando que tenga una calidad de vida peor, con una puntuación de 59.24 sobre una escala de 0 a 100, y que en la mayoría de sus dominios se encuentran por encima de los 29 puntos (ver tabla 14.2 en anexos).

Intervención gerontológica; paciente número 07.

Orientar al paciente para modificar sus hábitos alimenticios, de manera que, se reduzca el consumo de harinas procesadas, irritantes y grasas, aumentando el consumo de alimentos más saludables y que sean de acuerdo a las posibilidades del individuo, de manera que, pueda mejorar su IMC, su presión arterial y sus niveles de glucosa. A sí mismo, solicitar la ayuda del área médica, para tener un mejor control de su enfermedad al conocer la importancia de ser cumplidor con su medicación, presentar una adecuada higiene y tener un descanso adecuado.

Paciente 08 de 52 años, casado y que está en un proceso penal, del cual lleva nueve meses privado de su libertad, con un IMC que indica obesidad, una presión arterial normal alta y un metabolismo descontrolado visible en su nivel de glucosa y en los indicadores de hipoglucemia, que no se debe a la ingesta de medicamentos, dado que es un paciente cumplidor, que realiza actividad física y presenta un autocuidado parcialmente adecuado con deficiencia en las áreas de actividad física, alimentación, eliminación y en higiene y confort, y que presenta una “buena” relación con su familia cuando lo visitan y de igual manera con sus compañeros puesto que refiere “tenemos comunicación y hacemos todo juntos” (ver tabla 15 y tabla 15.3 en anexos). Sin embargo, si presenta una alimentación deficiente proporcionada en su totalidad por la institución, donde consume frecuentemente harinas procesadas y grasas, teniendo una calidad de vida peor, con una puntuación de 73.77 sobre una escala de 0 a 100, ya que en la mayoría de los dominios presenta una puntuación mayor a 29 puntos a excepción del dominio de carga social (ver tabla 15.1 y tabla 15.2 en anexos).

Intervención gerontológica; paciente número 08.

Aconsejar un cambio en sus hábitos alimenticios, por alimentos más beneficiosos para él, de acuerdo a sus posibilidades, disminuyendo el consumo harinas procesadas de manera que, mejore su metabolismo (IMC, presión arterial, glucosa), además de contar con un horario específico para el consumo de sus alimentos, reduciendo así el riesgo de presentar síntomas de hipoglucemia.

Solicitado el apoyo del área médica, para un constante monitoreo del paciente, y darle a conocer la importancia de un adecuado autocuidado y una mayor actividad física.

Paciente número 09 de 50 años de edad, casado con una sentencia penal de quince años de los cuales lleva un año siete meses privado de su libertad, con IMC que refiere sobrepeso, una presión arterial baja y un metabolismo controlado visible en su nivel de glucosa y en la ausencia de indicadores de hipoglucemia, puesto que realiza actividad física y que presenta una “buena” relación con su familia y sus compañeros, pero es un paciente incumplidor con su medicación a causa de no consumir ningún fármaco para su control, por lo que presenta un autocuidado parcialmente adecuado con déficit en las áreas de higiene y confort, medicación y control de salud (ver tabla 16 y tabla 16.3 en anexos), también tiene presente una alimentación inadecuada proporcionada en su totalidad por la institución, donde se refleja que consume frecuentemente harinas procesadas, y a pesar de todo el paciente percibe que tiene una calidad de vida mejor, ya que en la mayoría de los dominios presenta una puntuación menor a los 29 puntos (ver tabla 16.1 y tabla 16.2 en anexos).

Intervención gerontológica; paciente número 09.

Gestionar el apoyo del área médica para, recomendar al paciente que inicie un tratamiento farmacológico y modifique sus hábitos alimenticios, consumiendo alimentos más saludables que estén acorde a sus posibilidades, de manera que, se minimice el consumo excesivo de harinas procesadas y se encuentre su IMC dentro de los valores normales, sin dejar de lado la importancia de una adecuada higiene de tal manera que, presente un mejor cuidado de salud.

Paciente número 10 de 48 años, en unión libre con un proceso penal del cual lleva cuatro años tres meses privado de su libertad, con IMC que indica obesidad, una presión arterial normal alta y un descontrol metabólico visible en los valores de glucosa y en los indicadores de hipoglucemia, posiblemente por ser un paciente incumplidor con su medicación, a causa que no consumir ningún fármaco para su control, a pesar de tener un autocuidado parcialmente adecuado con déficit en las áreas de alimentación, eliminación, higiene y confort, medicación y control de salud y de realizar actividad física (ver tabla 17 y tabla 17.3 en anexos). Además, refiere tener una “buena” relación con su familia y con sus compañeros, también presenta una alimentación inadecuada dado que consume frecuentemente harinas procesadas, proporcionadas en su mayoría por la institución, y a pesar de todo el paciente refiere una mejor calidad de vida de acuerdo a su perspectiva, ya que presenta en la mayoría de los dominios valores menores a los 29 puntos (ver tabla 17.1 y tabla 17.2 en anexos).

Intervención gerontológica; paciente número 10.

Aconsejar al paciente que, modifique sus hábitos alimenticios, reduciendo el consumo de harinas procesadas, por alimentos con mayor beneficio para su salud y que estén al alcance de sus posibilidades, así como, realizar mayor actividad física de manera que, su metabolismo se regularice (IMC, presión arterial y glucosa). De igual manera, es importante recordarle al paciente acerca de la periódica observación de sus deposiciones fecales, para una oportuna detección y tratamiento de posibles enfermedades gastrointestinales, y una adecuada higiene para la prevención de probables infecciones, gestionado así, el apoyo del área médica a fin de iniciar un tratamiento farmacológico y llevar un mejor control de su salud.

Propuesta de Intervención Gerontológica

Después de la evaluación de la Calidad de Vida (CV) objetiva y subjetiva de las Personas Privadas de su Libertad (PPL) con Diabetes Mellitus (DM) del Centro de Reinserción Social (CERESO) de Pachuca, se realizaron diversas tablas (ver tabla 19, tabla 20 y tabla 21 en anexos), con la finalidad de encontrar las carencias en los dominios de cada instrumento utilizado, y posteriormente comparar los temas en común y realizar así, la siguiente propuesta, por lo cual, se elaboran 11 sesiones, de una cada sesión, debido al tiempo que nos dispone la institución puesto que, el espacio a utilizar es compartido con las más áreas, anteriormente mencionadas.

Propuesta Gerontológica

Sensibilización y psicoeducación

Objetivo general: orientar a las personas privadas de la libertad (PPL), con Diabetes Mellitus (DM) y a la institución a llevar un mejor control de su salud, para disminuir el riesgo de padecer alguna complicación propia de la enfermedad, mediante el uso de la geroprofilaxis a través de pláticas de salud.

Tema	Subtema	Sesión	Objetivo	Actividades o estrategias	Tiempo
Carga social	Introducción a las pláticas de salud	1	Mencionar a las PPL, de forma general los temas abordados para la realización de las pláticas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de rompehielos “nombre y adjetivos” - Proponer reglas de conducta para dichas pláticas 	1 hora
		2	Utilizar técnicas de relajación para la disminución del estrés y la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Plática para el manejo de las emociones al vivir con una enfermedad crónica. - Tarea “¿qué técnicas de relación conoces?” 	1 hora
		3		<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de retroalimentación “cazando aviones” - Revisión de la tarea “¿Qué técnicas de relajación conoces?” - Consejos para la práctica de técnicas de relajación - Técnicas de relajación diafragmática y relajación guiada con estiramientos 	1 hora

				- Tarea ¿Qué sé del control de la diabetes?	
Control de la diabetes	Eliminación	4	Educación a los usuarios a tomar medidas de higiene adecuadas para un mejor estado de salud.	- Técnica de relajación guiada con estiramientos - Técnica de "Afiche" - Charla sobre la observación de las deposiciones fecales - Tarea ¿Qué técnicas de higiene y confort conozco?	1 hora
Higiene y confort		5		- Técnica de relajación - Técnica "lluvia de ideas" - Charla de técnicas de cuidado e higiene - Tarea ¿Cómo sería una buena alimentación para mí?	1 hora
Alimentación		6	Explicar a las PPL, la importancia de tratar de mantener una alimentación adecuada a su enfermedad.	- Técnica de relajación - Rompecabezas de la alimentación. - Charla de sensibilización alimenticia	1 hora
		7		- Técnica de relajación - Técnica de cadena de asociaciones	1 hora

			- Tarea ¿Qué necesito para tener un control de mi enfermedad?	
Control de salud	8	Concientizar a los usuarios diabéticos a cerca del control de su enfermedad.	- Técnica de relajación - Técnica de “palabras claves” - Charla sobre la importancia del control de salud - Tarea ¿qué tipos de ejercicio puedo realizar?	1 hora
Energía y movilidad	9	Relacionar la importancia de la actividad física para	- Técnica de relajación - Técnica “la liga del saber”	1 hora
	10	mantener un buen estado de salud.	- Técnica de relajación - Charla y consejos para practicar una actividad física	1 hora
Cierre y evaluación	11	Verificar los conocimientos adquiridos en las pláticas de salud.	- Técnica de relajación - Técnica de “puro cuento”	1 hora

CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La Calidad de Vida (CV) surgió para medir el nivel de vida de las personas después de la segunda guerra mundial, primero con indicadores cuantitativos y con el paso del tiempo se incorporaron los indicadores cualitativos, los cuales se han adaptado a diversas disciplinas, donde cada una de ellas presentan conceptos diferentes adaptables a sus objetivos. En el área de la salud la OMS citado en Cardona y Agudelo (2005) define a la CV como:

La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones que incorpora las áreas físicas, psicológicas, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritual.

El objetivo de la investigación fue evaluar los componen de la CV de las Personas Privadas de la Libertad (PPL) con Diabetes Mellitus (DM) del Centro de Reinserción Social (CERESO) del Municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo. Además de elaborar una propuesta gerontológica con base en los componentes de riesgo detectados en la evaluación de la CV. La población estudiada tuvo las siguientes características: 10 pacientes con DM del CERESO de Pachuca, hombres en su totalidad con edades comprendidas entre 40 y 60 años, con un tiempo de diagnóstico que va desde los 2 años hasta los 40 años.

En la hipótesis planteada, la cual refiere “La Calidad de Vida de las Personas Privadas de la Libertad con Diabetes Mellitus del Centro de Reinserción Social del Municipio de Pachuca de Soto Hidalgo, es deficiente, a causa de las condiciones en las que viven, teniendo en cuenta su situación penitenciaria”. Observando que las PPL son una población en riesgo, y más al vivir un

proceso de envejecimiento patológico, teniendo un diagnóstico de diabetes mellitus, que puede desencadenar algunas complicaciones provocando una disminución de su CV, a causa del estrés, sedentarismo, dieta deficiente, hacinamiento y malos hábitos a los que están sujetos algunos de las PPL (Moreno y Jaramillo, 2009).

Como resultado de los instrumentos utilizados se refleja que 6 de los 10 casos refieren una peor CV, entre las posibles causas se detectó una inadecuada alimentación, un descontrol metabólico, déficit en los dominios del Test de CYPAC-AM (eliminación, higiene y confort, alimentación y control de salud) y del Instrumento de Calidad de Vida Diabetes Mellitus 39 (ansiedad y preocupación, carga social, control de diabetes y energía- movilidad).

En Latinoamérica y el Caribe existen pocos trabajos de investigación relacionados a la salud y CV de las PPL que padecen alguna Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) y que contengan un abordaje enfocado al proceso de envejecimiento y expectativas en la vejez, es decir, con un marco gerontológico. La carencia en la CV de las PPL con DM también puede estar relacionada a su situación penal, a la falta de educación y control de su enfermedad, pobreza, reducción de sus relaciones socio-familiares y a una falta de cobertura universal de salud en el país, entre otras.

Avanzando en nuestro razonamiento de los resultados obtenidos de la investigación y de los casos que presentan una disminución de su CV, los podemos dividir entre los factores objetivos y subjetivos, reflejados de la siguiente manera.

- La calidad de vida subjetiva, está presente en el estado emocional de los pacientes con diabetes, los cuales pueden verse afectados por la ansiedad, la preocupación, la carga social, la depresión y el estrés por mencionar solo algunas de las emociones negativas,

dando lugar a un descontrol metabólico, provocando el aumento de los niveles de azúcar en la sangre y de la presión arterial, los cuales no son buenos para el corazón ni para el control de la enfermedad, puesto que se genera una mayor susceptibilidad de padecer alguna de las complicaciones propias de la enfermedad, afectando su calidad de vida y cayendo en un círculo vicioso. Un ejemplo del estado emocional se encuentra en 6 de los 10 casos, quienes al sentirse tristes, deprimidos, decaídos y “mal”, ya sea por su situación penitenciaria o de salud. En cuanto a sus relaciones socio-familiares, tres de los diez casos, no reciben una visita por parte de familiares o amigos, y los diez casos refieren que conviven con sus compañeros, ya sea por qué viven y/o trabajan juntos, comparten intereses o alimentos. Causa por la cual seis de los diez casos, presentan una peor calidad de vida. Una muestra de ello es el caso del paciente número 06, que refleja un estado emocional “decaído”, posiblemente debido a la situación penitenciaria y por el abandono familiar en el que se encuentra, provocando una alteración metabólica y por consiguiente un autocuidado general deficiente a lo que el paciente refiere “sé que debo cuidarme, pero le da lo mismo” provocando así disminución de su calidad de vida.

- La calidad de vida objetiva, se encuentra en las posibles complicaciones debido al poco seguimiento a la adherencia farmacológica, los signos y síntomas de hipoglucemia, un autocuidado y nutrición deficiente. Así, se refleja en altos niveles de glucosa presente en seis de los diez casos, además de que ocho de los participantes reflejan un IMC descontrolado (sobrepeso u obesidad), quienes reportan una percepción de autocuidado adecuado presente en uno de diez casos, autocuidado parcialmente adecuado presente en siete de diez casos y autocuidado inadecuado presente en dos de diez casos, una

alimentación inadecuada y deficiente presente en los diez casos además de, signos y síntomas de hipoglucemia presente en nueve de los diez casos. Ejemplo de ello es el caso del paciente número 10, que puede reflejar un cuidado de su salud deficiente, presente en su descontrol metabólico y en su adherencia al tratamiento, pero a diferencia del paciente número 06, el paciente número 10 si muestra signos de autocuidado, y aunque su estado emocional sea bajo, cuenta con la visita de su familia, siendo ellos un apoyo para el paciente, lo que genera que su calidad de vida sea mejor a la del paciente número 06. Algo que tiene en común los dos pacientes son las limitantes personales y de la institución en cuanto a la alimentación se refiere.

Todo lo anterior se va entrelazado, formando así una evaluación general de la CV, de acuerdo a lo mencionado en el apartado 2.2 educación en diabetes del punto 2. Diabetes mellitus para un mejor control de la enfermedad, el paciente debe tener un plan de seguimiento, que incluya su alimentación, ejercicio, autovigilancia, tratamiento y chequeos médicos, para detectar y tratar oportunamente las complicaciones. Por lo que se requiere de la inclusión del paciente en las decisiones que sean seguras y aceptables para él. De manera que su CV mejore al sentir un estado de bienestar y satisfacción.

De la misma manera se puede anexar la teoría de envejecimiento anteriormente mencionada en el apartado 4.1 teoría genético-estocástica del punto 4. Geroprofilaxis, la cual hace referencia que, debido a los factores externos, estos provocan un deterioro en las células, causando daños al ADN. así como, las condiciones anteriormente mencionadas a las que están sujetos las PPL y a la falta de educación que tienen los pacientes a cerca de su enfermedad.

Así, ante estas condiciones, el trabajo del gerontólogo implica acciones profilácticas encaminadas a un envejecimiento usual y mejora de la CV a través de pláticas de salud e

implementación de futuros proyectos y nuevas líneas de investigación interesantes para orientar y sensibilizar a las PPL y a los directivos de los CE.RE.SOS y cárceles distritales para mejorar su CV, así como disminuir la susceptibilidad de padecer alguna complicación.

Por lo que, para el cumplimiento del objetivo final de elaborar una propuesta de intervención gerontológica con base en la evaluación de la calidad de vida objetiva y subjetiva de las PPL con DM del CERESO de Pachuca, se realizaron diversas tablas (ver tabla 19, tabla 20 y tabla 21 en anexos), con la finalidad de encontrar las carencias en los dominios de cada instrumento utilizado, y posteriormente comparar los temas en común y realizar así, la anteriormente mencionada propuesta.

Referencias

- Aguilar, D., (2010). Fundamentos generales sobre criminología y control social. Contribuciones a las ciencias sociales. 10 (8). <https://www.eumed.net/rev/cccss/08/daa10.htm>
- Ander, E., (2009). Teorías e hipótesis sobre las causas del envejecimiento. En *Cómo envejecer sin ser viejo- añadir años a la vida y vida a los años*. (pp.84-85). (1ra ed.). Brujas
- Brítez, M., y Torres, E., (2017). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipos 2. *Revista del Nacional (Hugúá)*, 9. <http://dx.doi.org/10.18004/rdn2017.0009.01.078-091>
- Bautista, L., y Zambrano, G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería (imagen y desarrollo)*, 17 (1), pp.131-148. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.lcdv>
- Can, A., Sarabia, B., y Guerrero, J. (2015). Autocuidado en las Personas Mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. *Revista Iberoamericana para la investigación y desarrollo educativo*. <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/download/203/895/0>
- Cardona, A., y Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto Calidad de Vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23 (1), pp. 79-90. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108>
- Carranza, E. (2012). Situación penitenciaria en América latina y el Caribe ¿qué hacer? *Anuario de derechos humanos*, (8) pp.31-66. <https://anuariodh.uchile.cl/index.php/ADH/article/view/20551>

Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo. (2016). *Diagnóstico penitenciario*.

<http://www.CDHHgo.org/home/conocenos/diagnostico-penitenciario>.

Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Hidalgo. (2018). *Diagnóstico penitenciario*.

<http://www.CDHHgo.org/home/conocenos/diagnostico-penitenciario>.

Cultura10. (s.f.). *¿Qué es un reloj y para qué sirve?* Recuperado desde:

<http://www.cultura10.com/¿Que-es-un-reloj-y-para-que-sirve/>

Diabetes junto x ti. Tu asesor en salud. (2016). *¿Cómo funcionan las tiras reactivas?*

<https://www.diabetesjuntosxti.mx/noticias/como-funcionan-las-tiras-reactivas/2016/01/>

Duverney, A. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista médica de*

Risaralda, 13 (2), pp. 1-6. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5030421.pdf>

Escobar, F., y Tebas, F. (2009). *La diabetes mellitus en la práctica clínica*. Medical Panamericana.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar, nacimiento de la presión*. Siglo XXI.

Franco, J., y Arellano, B. (2009). *Diabetes mellitus tipo 2. Una guía completa para pacientes y familiares*. Trillas.

Gagliardino, J., Turatti, L., Davidson, J., y Cols. (S.f.). *Cómo usar y desechar lancetas al medir*

tus niveles de glucosa. [Infografía].

<https://www.saludymedicinas.com.mx/assets/img/Infografias/pdf/24-Infografia-Usar-Desechar-Lancetas.pdf>

García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. Manual Moderno.

Glucómetro.org. (s.f.). Cómo usar un glucómetro. <https://www.glucometro.org/como-usar/>

Goffman, E. (2001). *Internados, ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*.

Amorrortu editores.

González, L.A., y Rangel, C. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. *Instituto de Geriátrica*.

(pp.365-378).

Gualotuña, C.L., y Córdova, S.B. (2018). *Identificación del porcentaje de pacientes adultos*

mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la

consulta externa de medicina interna de un hospital público de la Ciudad de Quito en el

primer semestre del 2018. [tesis de especialidad no publicada]. Pontificia Universidad

Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Guerrero, J., Can, A. y Euan, A. (2018). Calidad de vida de una persona adulta y diabética: estudio

de caso. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Salud*, 7 (14),

<https://doi.org/10.23913/rics.v7i14.72>

Guerra, J. (2011). Cómo usar el baumanómetro para medir la presión arterial [publicación de un

blog]. *Bienestar y salud- MedicalRental blog*. [http://medicalrental.com.mx/blog/como-usar-](http://medicalrental.com.mx/blog/como-usar-el-baumanometro-para-medir-la-presion-arterial-2/)

[el-baumanometro-para-medir-la-presion-arterial-2/](http://medicalrental.com.mx/blog/como-usar-el-baumanometro-para-medir-la-presion-arterial-2/)

Hanas, R. (2010). Hipoglucemia. En *Diabetes tipo 1 en niños, adolescentes, jóvenes-como llegar a ser un experto en su propia diabetes*. (pp. 61-68). (2da. Ed.). Díaz de Santos, S.A.

Hattori, H.M. (2014). *Entrenamiento en competencias de afrontamiento al adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y su cuidador informal*. [disertación doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Hernández, M., Gutiérrez, J., y Reynoso, N. (2013). Diabetes en México. El estado de la epidemia. *Salud pública*, 55(2), pp.129-136.

Hidalgo-Manzano, J.E. (2007). *Origen de las cárceles y creación del Centro de Readaptación de Pachuca. Situación actual y propuesta para su mejor funcionamiento*. [tesis de pregrado]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). En números. Estadísticas sobre el sistema penitenciario estatal en México. Documento de análisis y estadísticas. 1(11). Pp. 1-80.
http://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/wp-content/uploads/2018/01/en_numeros2.pdf

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (2013). Guía de antisépticos y desinfectantes.
https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_Antisepticos_desinfectantes.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). Diabetes en México.

<https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>

International Diabetes Federation. (2019). *Individual, social and economic impact. Diabetes affect*

the health of individual, societies and economies.

<http://www.diabetesatlas.org/en/sections/individual-social-and-economic-impact.html>

International Diabetes Federation. (2019). *México informe sobre la diabetes 2010- 2045.*

<https://diabetesatlas.org/data/en/country/128/mx.html>

Lerman, I. (2011). *Atención integral del paciente diabético.* McGraw-Hill.

López, J. M., y Rodríguez. R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de Calidad de Vida

Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México,*

48 (3), pp. 200-211. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

36342006000300004

Marcial, N., Peña, B., Escobedo, J., y Macías, A. (2016). Elementos objetivos y subjetivos en la

calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, *Puebla. Estudios sociales,* 26 (48).

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-

45572016000200277#B42

Márquez, J. (2011). Control social y construcción del estado. El código penal de 1837 y su influencia en la legislación criminal del estado soberano de Bolívar 1870-1880. *Historia Caribe*, 6 (18). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4336253>

Medical supplies corp. (2015). Ficha técnica. Recuperado desde: <http://www.msCorp.com.co/portal/docs/algodon/FICHA-TECNICA-ALGODON-TORUNDA-NO-ESTERIL.pdf>

Mendoza, V. (2003). Envejecimiento y vejez. En *Envejecimiento activo y saludable – fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria*. (Pp.23-30). (1ra. Ed.). FES Zaragoza.

Millán, J.C. (2011). *Gerontología y geriatría- valoración e intervención*. Panamericana.

Morales, J.A., Madrigal, E., Nava, G., Durante, I., Longitud, A., y Esquivel, J. (2010). *Diabetes* (2da. Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Moreno, B., y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buelo, G., Caballo, E., & Sierra, C. *Manual de evaluación psicológica clínica y de la salud*. (Pp.1045-1070). Siglo XXI.

Moreno, S. (2017). *Los centros penitenciarios en México. ¿centros de rehabilitación o escuelas del crimen?* (Carpeta No. 70). pp. 1-49. <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Centros-de->

Estudio/CESOP/Novedades/Carpeta-Informativa.-Los-centros-penitenciarios-en-Mexico.-

Centros-de-rehabilitacion-o-escuelas-del-crimen

Moreno, T., y Jaramillo, P. (2009). *Hipertensión arterial: síntomas y calidad de vida de reclusos del centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja, periodo Enero-Julio 2009*. [tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador.

Orellana, O. (2010). Criminología y control social. *Revista criminología y sociedad*, pp. 1-27.

<http://www.criminologiasociedad.com.mx/wp-content/uploads/2017/12/criminologia-control-social.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes –resumen de*

orientación-. <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

Ortega, F.J., Sánchez, J., Pérez, M.A., Percira, P., Muñoz, M.A., Lorenzo, D., y Grupo de estudio

Vatren. (2011). Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación

(SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con Tacrolimus. *Revista Nefrología*, 31

(6), pp. 690-696. <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v31n6/original4.pdf>

Pardo, G. (2003). *Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento*. *Revista cubana de investigación biomédica*, 22 (1), pp. 58-67.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&nrm=iso

Pimenten, B., Veras, M., e Iglesias, a. (2013). Calidad de vida y vejez. En *Reflexiones en torno a una sociedad longeva. Teoría y praxis*. (Pp.11-12). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Prieto, B., Aguirre, A., Saldaña, J.A., León del Ángel, J.F., y Moya, A. (2017). Síndrome metabólico y sus complicaciones. El pie diabético. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 60 (4), pp. 7-18.

Puente, R. (2008). *Control social*. Universidad Nacional de Pampa., pp.- 10-11.
http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/rdata/tesis/e_puecon623.pdf

Revista ARQHYS. (2016). *La calculadora- definición, clases y partes*.
https://www.arqhys.com/tipos_de_calculadora.html

Rodríguez, R., Lazcano, G., Medina, H., y Hernández, M.A. (2011). *Práctica de la geriatría* (3ra. Ed.). McGraw-Hill.

Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, J., Trujillo, Z., y D'Hyver, C. (2000). *Geriatría* (1ra ed.). McGrawHill.

Rojas, E., Molina, R., y Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 10 (1).
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003

Rojas, R., Basto, A., Aguilar, C.A., Zarate, E., Villalpando, S., y Barrientos, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública en México*, 60 (3). Pp. 224-232. <http://doi.org/10.21149/8566>

San Martín, C. (2016). *Salud Pública, promoción de salud y prevención de enfermedades*. Síntesis, biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud.
[https://www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/855-7-01-3-005#:~:text=Cl%C3%A1sicamente%20se%20han%20descrito%203,\(correspondientes%20al%20per%C3%ADodo%20patog%C3%A9nico\)](https://www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/855-7-01-3-005#:~:text=Cl%C3%A1sicamente%20se%20han%20descrito%203,(correspondientes%20al%20per%C3%ADodo%20patog%C3%A9nico)).

Sarre, M., Manrique, G., y Morey, J. (2018). *ABC del nuevo sistema de justicia de ejecución penal en México*. <http://www.inacipe.gob.mx/revistas.php>

Secretaria de gobernación. (2016). *Cuaderno mensual información estadística penitenciaria nacional*. http://www.cns.gob.mx/portalWebApp/wlp.c?__c=247c41

Secretaría de salud. (2003). *Norma oficial mexicana NOM-087-ECOL-SSA-2002, protección ambiental-salud ambiental- residuos peligrosos biológicos-infeccioso. Clasificación y especificaciones de manejo*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>

Secretaría de Seguridad. Gobierno del Estado de México (2018). *Secretaría de control penitenciario. Centros penitenciarios y de reinserción social*. https://sseguridad.edomex.gob.mx/subsecretaria_control_penitenciario

Secretaría de seguridad pública. (2018). *Comunicación social*. <http://s-seguridad.hidalgo.gob.mx/>

Servicios de salud del estado de Colima. (s.f.). *Utilización del estadimetro y la báscula.*: http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/5_a_BASCULAS%20Y%20ESTADIMETROS.pdf

Servicios de salud del estado de Colima. (s.f.). *Mantenimiento de estetoscopios*. http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/5_c_MANTENIMIENTO%20DE%20ESTETOSCOPIOS.pdf

Stone, M.G. (2014). *Diabetes. Llegar bien a la vejez. Geriatria, gerontología y geriatría*. (pp.73-78). (1 era. Ed.). Trillas.

Anexos

Tabla 8

Datos sociodemográficos paciente número 01.

Edad	60 años	Estado civil	Soltero
Años de sentencia			14 años
Tiempo transcurrido privado de su libertad			4 años

Datos antropométricos

Peso	72 kg	Talla	1.72 cm	Glucosa capilar en ayunas	156 mg/dl
Presión arterial	130/80 mm/Hg	IMC	24.82		

Indicadores de hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input checked="" type="checkbox"/> Debilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Mareo
<input checked="" type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input checked="" type="checkbox"/> Polifagia	<input checked="" type="checkbox"/> Confusión	<input checked="" type="checkbox"/> Desmayo
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> Somnolencia	

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	23 años
¿Toma algún medicamento para su control?	Si
¿Cuál?	Metformina/ glibenclamida
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	Si
¿Por qué?	Para mejorar mi control
Cierre...	

Tabla 8*Datos sociodemográficos paciente número 01. Continuación 1.*

<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Cuestionario	Valores	Puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	0
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	1
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10	0
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de días -----	0
Total: 1 Cumplidor con su medicación		
Cierre...		

Tabla 8*Datos sociodemográficos paciente número 01. Continuación 2.**Percepción de autocuidado*

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	3
B. Alimentación	2
C. Eliminación	2
D. Descanso y sueño	2
E. Higiene y confort	2
F. Medicación	3
G. Control de salud	3
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 20/24 puntos / autocuidado parcialmente adecuado

Tabla 8.1*Reporte alimenticio paciente número 01.*

	Proporcionados institución	por la	Proporcionados personal	de manera
Pan	14/21			
Café			9/21	
Te	5/21			
Gelatina	7/21			
Huevo			3/21	
Chilaquiles	1/21			
Verdura			1/21	
Arroz			3/21	
Pollo			1/21	
Carne molida	1/21			
Sopa	3/21			

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 8.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 01.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	58.8	48.66
Control de la diabetes	41	40.27
Ansiedad- preocupación	14.5	43.75
Carga social	16	36.66
Funcionamiento sexual	6	16.66
Calificación total	186.02	62.82
Calidad de vida	4	50
Severidad de la diabetes	5	66.66

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 8.3*Factores conductuales del paciente número 01.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Caminata
¿Cada cuando lo realiza?	Diario
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	15-20 min.
¿Ha consumido alguna droga?	No
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Triste
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	3 personas
¿Quiénes son?	Guardias y compañeros.
¿Por qué son cercanos?	Vivimos juntos
¿Cómo es la convivencia?	Buena
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Compañeros
¿Su familia lo visita?	Si
¿Qué miembros de su familia lo visita?	Hijas/ amigos
¿Por qué motivo lo visitan?	Para ver como estoy y me traen despensa
¿Cada cuando lo visitan?	Cada 8 o 15 días
¿Cómo es la convivencia?	Buena
Cierre...	

Tabla 8.3*Factores conductuales del paciente número 01. Continuación 1.*

¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	Distanciarme de mi familia		
¿Por qué se le hizo difícil?	Porque no puedo verlos seguidos		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Superarme	Convivir con mi familia	Planear la vejez

Tabla 9*Datos sociodemográficos paciente número 02.*

Edad	60 años	Estado civil	Casado
Años de sentencia			12 años
Tiempo transcurrido privado de su libertad			5 años 4 meses

Datos antropométricos

Peso	65 kg	Talla	1.54 cm	Glucosa capilar en ayunas	216 mg/dl
Presión arterial		110/80 mm/Hg	IMC	27.42	

Indicadores de hipoglucemia

(+) Hiperhidrosis	(+) Debilidad	(+) Mareo
(+) Temblor	() Labilidad emocional	() Nerviosismo
(+) Polifagia	() Confusión	(+) Desmayo
() Ansiedad	(+) Somnolencia	

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	19 años
¿Toma algún medicamento para su control?	Si
¿Cuál?	Metformina/ glibenclamida
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	Si
¿Por qué?	Para llevar un control
Cierre...	

Tabla 9*Datos sociodemográficos paciente número 02. Continuación 1.*

<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Cuestionario	Valores	Puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	0
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	0
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	0
	B: 1-2	
	C: 3-5	
	D: 6-10	
	E: más de 10	
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de días -----	0
Total: 0 Cumplidor con su medicación		
Cierre...		

Tabla 9

Datos sociodemográficos paciente número 02. Continuación 2.

Percepción de autocuidado

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	3
B. Alimentación	3
C. Eliminación	2
D. Descanso y sueño	3
E. Higiene y confort	2
F. Medicación	3
G. Control de salud	3
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 21/24 puntos / autocuidado adecuado

Tabla 9.1*Reporte alimenticio paciente número 02.*

	Proporcionados institución	por	la	Proporcionados personal	de	manera
Pan	3/21					
Leche				5/21		
Fruta				3/21		
Huevo				3/21		
Caldo de pollo/ res	2/21					
Verdura				6/21		
Caldo de camarón				2/21		
Torta de jamón				1/21		
Caldo de menudo				1/21		
Arroz	3/21					
Yogurt				1/21		
Tlacoyos de frijol				1/21		
Tostadas de atún				1/21		

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 9.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 02.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	48	31.11
Control de la diabetes	39	37.5
Ansiedad- preocupación	15.5	47.91
Carga social	14	30
Funcionamiento sexual	6	16.66
Calificación total	163.18	53.06
Calidad de vida	4	50
Severidad de la diabetes	4	50

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 9.3*Factores conductuales del paciente número 02.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Caminata
¿Cada cuando lo realiza?	Diario
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	1 hora.
¿Ha consumido alguna droga?	No
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Tranquilo
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	4 personas
¿Quiénes son?	Amigos
¿Por qué son cercanos?	Compartimos alimentos
¿Cómo es la convivencia?	Buena
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Amigos
¿Su familia lo visita?	Si
¿Qué miembros de su familia lo visita?	Esposa/hijos/hermanos/sobrinos
¿Por qué motivo lo visitan?	Me traen alimentos
¿Cada cuando lo visitan?	Cada 8 días
¿Cómo es la convivencia?	Buena
Cierre...	

Tabla 9.3*Factores conductuales del paciente número 02. Continuación 1.*

¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	Por el momento nada		
¿Por qué se le hizo difícil?	-----		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Trabajar	Tener un negocio	Seguir trabajando

Tabla 10*Datos sociodemográficos paciente número 03.*

Edad	41 años	Estado civil	Separado		
Años de sentencia	36 años 4 meses				
Tiempo transcurrido privado de su libertad	1 año 7 meses				
<i>Datos antropométricos</i>					
Peso	75 kg	Talla	1.66 cm	Glucosa capilar en ayunas	94 mg/dl
Presión arterial	110/80 mm/Hg		IMC	22.5	
<i>Indicadores de hipoglucemia</i>					
<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input checked="" type="checkbox"/> Debilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Mareo			
<input checked="" type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input checked="" type="checkbox"/> Nerviosismo			
<input checked="" type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo			
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> Somnolencia				
<i>Antecedentes patológicos</i>					
¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	2 años				
¿Toma algún medicamento para su control?	Si				
¿Cuál?	Glibenclamida e insulina de acción rápida				
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	No				
Cierre...					

Tabla 10*Datos sociodemográficos paciente número 03. Continuación 1.*

¿Por qué?	Por la situación penitenciaria	
<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Cuestionario	Valores	puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	0
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	0
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	0
	B: 1-2	
	C: 3-5	
	D: 6-10	
	E: más de 10	
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de días	0

Total: 0	Cumplidor con su medicación	
Cierre...		

Tabla 10*Datos sociodemográficos paciente número 03. Continuación 2.**Percepción de autocuidado*

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	3
B. Alimentación	3
C. Eliminación	3
D. Descanso y sueño	2
E. Higiene y confort	2
F. Medicación	3
G. Control de salud	2
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 20/24 puntos / autocuidado parcialmente adecuado

Tabla 10.1*Reporte alimenticio paciente número 03.*

	Proporcionados institución	por	la	Proporcionados de manera personal
Pan	14/21			
Café	9/21			
Te	5/21			
Huevo con jamón	2/21			
Chilaquiles	2/21			
Alverjones	1/21			
Sopa	1/21			
Mole de olla	1/21			
Carne de res	2/21			

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 10.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 03.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	40	27.77
Control de la diabetes	18	8.33
Ansiedad- preocupación	16	50
Carga social	5	0
Funcionamiento sexual	3	0
Calificación total	86.12	20.13
Calidad de vida	4	50
Severidad de la diabetes	2	16.66

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 10.3*Factores conductuales del paciente número 03.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Atletismo
¿Cada cuando lo realiza?	Diario
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	1 hora por la mañana y 1 hora por la tarde.
¿Ha consumido alguna droga?	Si
¿Cuál?	Piedra
¿Actualmente consume alguna droga?	No
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Triste
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	Nadie
¿Quiénes son?	-----
¿Por qué son cercanos?	-----
¿Cómo es la convivencia?	-----
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	-----
¿Su familia lo visita?	No
¿Qué miembros de su familia lo visita?	-----
¿Por qué motivo lo visitan?	-----
¿Cada cuando lo visitan?	-----
Cierre...	

Tabla 10.3*Factores conductuales del paciente número 03. Continuación 1.*

¿Cómo es la convivencia?	-----		
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	Nada		
¿Por qué se le hizo difícil?	-----		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Salir del país	Recuperar mi familia	a -----

Tabla 11*Datos sociodemográficos paciente número 04.*

Edad	58 años	Estado civil	Casado
Años de sentencia			En proceso
Tiempo transcurrido privado de su libertad			4 meses

Datos antropométricos

Peso	77.500 kg	Talla	1.62 cm	Glucosa capilar en	262
				ayunas	mg/dl
Presión arterial		110/80 mm/Hg		IMC	29.34

Indicadores de hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Mareo
<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> Somnolencia	

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	2 años
¿Toma algún medicamento para su control?	Si
¿Cuál?	Metformina/glibenclamida
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	No

Cierre...

Tabla 11

Datos sociodemográficos paciente número 04. Continuación 1.

¿Por qué?	Me autocontrol	
<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Cuestionario	Valores	Puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	1
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	0
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A:	0
	ninguna	
	B: 1-2	
	C: 3-5	
	D: 6-10	
	E: más	
	de 10	
Cierre...		

Tabla 11

Pan	14/21
Café	9/21
Te	5/21
Huevo con jamón	2/21
Chilaquiles	2/21
Alverjones	1/21
Sopa	1/21
Mole de olla	1/21
Carne de res	2/21

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 11.2

Calidad de vida diabetes 39 paciente número 04.

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	18	4.44

Control de la diabetes	12	0
Ansiedad- preocupación	9	20.83
Carga social	5	0
Funcionamiento sexual	3	0
Calificación total	25.27	-5.86
Calidad de vida	3	33.33
Severidad de la diabetes	2	16.66

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 11.3*Factores conductuales del paciente número 04.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Futbol
¿Cada cuando lo realiza?	Cada 8 días
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	1 hora.
¿Ha consumido alguna droga?	No

Factores psicosociales

¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Deprimido
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	5 personas
¿Quiénes son?	Compañeros
¿Por qué son cercanos?	Por los valores
¿Cómo es la convivencia?	Buena
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Amigos
¿Su familia lo visita?	No
¿Qué miembros de su familia lo visita?	Nadie
¿Por qué motivo lo visitan?	Viven lejos
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	La alimentación

Cierre...

Tabla 11.3*Factores conductuales del paciente número 04. Continuación 1.*

¿Por qué se le hizo difícil?	No es la adecuada		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Trabajar	Recuperar mi economía	Apoyar a mis hijos

Tabla 12*Datos sociodemográficos paciente número 05.*

Edad	49 años	Estado	Unión libre civil
Años de sentencia			19 años
Tiempo transcurrido privado de su libertad			6 años 6 meses

Datos antropométricos

Peso	94 kg	Talla	1.70 cm	Glucosa capilar en ayunas	89 mg/dl
Presión arterial	110/80 mm/Hg	IMC	32.52		

Indicadores de hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Mareo
<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input checked="" type="checkbox"/> Nerviosismo
<input checked="" type="checkbox"/> Polifagia	<input checked="" type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Somnolencia	

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	12 años
¿Toma algún medicamento para su control?	Si
¿Cuál?	Metformina/ glibenclamida
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	No

Cierre...

Tabla 12*Datos sociodemográficos paciente número 05. Continuación 1.*

¿Por qué?		Por la situación penal	
<i>Adherencia al tratamiento</i>			
Cuestionario	Valores	Puntos	
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	0	
	No		
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	0	
	No		
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0	
	No		
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0	
	No		
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	0	
	B: 1-2		
	C: 3-5		
	D: 6-10		
	E: más de 10		
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de días	0	

Total: 0 Cumplidor con su medicación			
Cierre...			

Tabla 12*Datos sociodemográficos paciente número 05. Continuación 2.**Percepción de autocuidado*

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	2
B. Alimentación	1
C. Eliminación	2
D. Descanso y sueño	1
E. Higiene y confort	3
F. Medicación	3
G. Control de salud	2
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 17/24 puntos / autocuidado parcialmente adecuado

Tabla 12.1*Reporte alimenticio paciente número 05.*

	Proporcionados por la institución	Proporcionados de manera personal
Pan	6/21	
Carne de res	3/21	
Huevo	3/21	
Chicharrón		1/21
Carne de puerco		2/21
Arroz	4/21	
Salchicha		1/21
Milanesa		1/21
Sopa	1/21	
Longaniza		1/21
Queso		1/21
Mortadela		1/21
Pierna		1/21
Galletas		4/21
Café	2/21	
Te	1/21	
Cereal		4/21

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 12.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 05.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	46	34.44
Control de la diabetes	45	45.83
Ansiedad- preocupación	21	70.83
Carga social	16	36.66
Funcionamiento sexual	7	21.22
Calificación total	208.98	72.64
Calidad de vida	5	66.66
Severidad de la diabetes	5	66.66

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 12.3*Factores conductuales del paciente número 05.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Atletismo y gimnasio
¿Cada cuando lo realiza?	Diario
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	90 min.
¿Ha consumido alguna droga?	Si
¿Cuál?	Cocaína
Actualmente consume alguna droga	No
¿Por qué motivo dejo de consumir?	Bienestar personal y por mi familia
¿Desde hace cuánto tiempo dejo de consumir?	Desde hace 20 años
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Altibajos
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	3 personas
¿Quiénes son?	Compañeros
¿Por qué son cercanos?	Confianza
¿Cómo es la convivencia?	Buena
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Compañeros
¿Su familia lo visita?	Si
Cierre...	

Tabla 12.3*Factores conductuales del paciente número 05. Continuación 1.*

¿Qué miembros de su familia lo visita?	Esposa/hijas/hermanos y amigos		
¿Por qué motivo lo visitan?	Ver como estoy y para apoyarme		
¿Cada cuando lo visitan?	Cada 8 días		
¿Cómo es la convivencia?	Cordial/buena		
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	Gastos económicos y estar lejos de mi familia		
¿Por qué se le hizo difícil?	Generarles gastos a mi familia		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Retomar el trabajo	Seguir trabajando y familia	Trabajar y dejarle un patrimonio a mi familia

Tabla 13*Datos sociodemográficos paciente número 06.*

Edad	55 años	Estado civil	Unión libre
Años de sentencia			1 año 9 meses
Tiempo transcurrido privado de su libertad			1 año 7 meses

Datos antropométricos

Peso	116 kg	Talla	1.78 cm	Glucosa capilar en ayunas	115 mg/dl
Presión arterial	130/90 mm/Hg	IMC	36.61		

Indicadores de hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input checked="" type="checkbox"/> Debilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Mareo
<input checked="" type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input checked="" type="checkbox"/> Nerviosismo
<input checked="" type="checkbox"/> Polifagia	<input checked="" type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> Somnolencia	

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	5 años
¿Toma algún medicamento para su control?	No
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	No
¿Por qué?	No me interesa
Cierre...	

Tabla 13*Datos sociodemográficos paciente número 06. Continuación 1.*

<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Cuestionario	Valores	Puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	--
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	--
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	--
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	--
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	--
	B: 1-2	
	C: 3-5	
	D: 6-10	
	E: más de 10	
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de días	--

Total: como no consume ningún medicamento, se considera como un paciente incumplidor		
Cierre...		

Tabla 13*Datos sociodemográficos paciente número 06. Continuación 2.**Percepción de autocuidado*

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	2
B. Alimentación	2
C. Eliminación	1
D. Descanso y sueño	3
E. Higiene y confort	2
F. Medicación	1
G. Control de salud	1
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 13/24 puntos / autocuidado inadecuado

Tabla 13.1*Reporte alimenticio paciente número 06.*

	Proporcionados institución	por	la	Proporcionados personal	de	manera
Pan	7/21					
Café	7/21					
Leche				7/21		
Arroz	14/21					
Pollo	2/21					
Carne	2/21					
Sopa	10/21					
Huevo	2/21					

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 13.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 06.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	68.5	59.44
Control de la diabetes	42	41.66
Ansiedad- preocupación	23	79.16
Carga social	18	43.33
Funcionamiento sexual	12	50
Calificación total	273.59	100.25
Calidad de vida	5	66.66
Severidad de la diabetes	5	66.66

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 13.3*Factores conductuales del paciente número 06.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Caminata y basquetbol
¿Cada cuando lo realiza?	Diario
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	De 40 min. A 1 hora
¿Ha consumido alguna droga?	Si
¿Cuál?	Cigarro y alcohol
¿Actualmente consume alguna droga?	No
¿Por qué motivo dejo de consumir?	Me di cuenta que iba a morir
¿Desde hace cuánto tiempo dejo de consumir?	Desde hace 6 años
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Decaído
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	10 personas
¿Quiénes son?	Amigos
¿Por qué son cercanos?	Me llevo bien con ellos
¿Cómo es la convivencia?	Buena
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Compañeros
¿Su familia lo visita?	No
Cierre...	

Tabla 13.3*Factores conductuales del paciente número 06. Continuación 1.*

¿Qué miembros de su familia lo visita?	Nadie		
¿Por qué motivo lo visitan?	Viven lejos		
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	No estar con la familia		
¿Por qué se le hizo difícil?	Están lejos		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Ponerme a cuenta con Dios y mi familia	Trabajar	Ver a mis nietos

Tabla 14*Datos sociodemográficos paciente número 07.*

Edad	54 años	Estado civil	Casado
------	---------	--------------	--------

Años de sentencia	18 años 9 meses
-------------------	-----------------

Tiempo transcurrido privado de su libertad	12 años
--	---------

Datos antropométricos

Peso	62 kg	Talla	1.52 cm	Glucosa capilar en ayunas	265 mg/dl
------	-------	-------	---------	---------------------------	-----------

Presión arterial	120/80 mm/Hg	IMC	26.83
------------------	--------------	-----	-------

Indicadores de hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input checked="" type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Mareo
--	---	--------------------------------

<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
----------------------------------	--	--------------------------------------

<input checked="" type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo
---	------------------------------------	----------------------------------

<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Somnolencia
--	--------------------------------------

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?

12 años

¿Toma algún medicamento para su control? Si

¿Cuál? Metformina

Cierre...

Tabla 14

Datos sociodemográficos paciente número 07. Continuación 1.

¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	No
¿Por qué?	No se puede, no hay dinero para gastar, solo aceptamos lo que nos dan en el rancho

Adherencia al tratamiento

Cuestionario	valores	puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	1
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	0
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	1
	B: 1-2	
	C: 3-5	
	D: 6-10	
	E: más de 10	

Cierre...

Tabla 14

Tabla 14.1*Reporte alimenticio paciente número 07.*

	Proporcionados institución	por la	Proporcionados personal	de manera
Pan	14/21			
Café	9/21			
Te	5/21			
Huevo con	2/21			
Jamón				
Chilaquiles	2/21			
Alverjones	1/21			
Sopa	1/21			
Mole de olla	1/21			
Carne de res	2/21			

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 14.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 07.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	33	20
Control de la diabetes	46	47.22
Ansiedad- preocupación	16	43.75
Carga social	16	50
Funcionamiento sexual	6	16.66
Calificación total	177.63	59.24
Calidad de vida	3	33.33
Severidad de la diabetes	6	83.33

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 14.3*Factores conductuales del paciente número 07.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Basquetbol
¿Cada cuando lo realiza?	2 veces por semana
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	1 hora
¿Ha consumido alguna droga?	No
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Triste
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	20 personas
¿Quiénes son?	Compañeros
¿Por qué son cercanos?	Trabajamos juntos
¿Cómo es la convivencia?	Regular
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Compañeros
¿Su familia lo visita?	Si
¿Qué miembros de su familia lo visita?	Sobrinos
¿Por qué motivo lo visitan?	Me traen cosas
¿Cada cuando lo visitan?	Cada 15 o 20 días
¿Cómo es la convivencia?	Buena
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	Ingresar al penar
Cierre...	

Tabla 14.3*Factores conductuales del paciente número 07. Continuación 1.*

¿Por qué se le hizo difícil?	No conoces a nadie		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Reunirme con familia	Trabajar la familia	Portarme bien y trabajar

Tabla 15*Datos sociodemográficos paciente número 08.*

Edad	52 años	Estado civil	Casado
Años de sentencia			En proceso
Tiempo transcurrido privado de su libertad			9 meses

Datos antropométricos

Peso	80 kg	Talla	1.59 cm	Glucosa capilar en ayunas	214 mg/dl
Presión arterial	130/80 mm/Hg	IMC	31.64		

Indicadores de hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input checked="" type="checkbox"/> Debilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Mareo
<input checked="" type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input checked="" type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> Somnolencia	

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	17 años
¿Toma algún medicamento para su control?	Si
¿Cuál?	Metformina/ glibenclamida
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	No
¿Por qué?	No la dan
Cierre...	

Tabla 15*Datos sociodemográficos paciente número 08. Continuación 1.*

<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Cuestionario	valores	puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	1
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	0
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	0
	B: 1-2	
	C: 3-5	
	D: 6-10	
	E: más de 10	
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de días	0

Total: 1 Cumplidor con su medicación		
Cierre...		

Tabla 15*Datos sociodemográficos paciente número 08. Continuación 2.**Percepción de autocuidado*

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	2
B. Alimentación	2
C. Eliminación	2
D. Descanso y sueño	3
E. Higiene y confort	2
F. Medicación	3
G. Control de salud	3
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 20/24 puntos / autocuidado parcialmente adecuado

Tabla 15.1*Reporte alimenticio paciente número 08.*

	Proporcionados institución	por la	Proporcionados personal	de manera
Pan	14/21			
Frijol	2/21			
Carne	1/21			
Chorizo	1/21			
Lentejas	1/21			
Chilaquiles	1/21			
Sopa	1/21			

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana

Tabla 15.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 08.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	59	48.88
Control de la diabetes	44	44.44
Ansiedad- preocupación	18	58.33
Carga social	13	26.66
Funcionamiento sexual	9	33.33
Calificación total	211.64	73.77
Calidad de vida	6	83.33
Severidad de la diabetes	7	100

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 15.3*Factores conductuales del paciente número 08.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Caminata
¿Cada cuando lo realiza?	Diario
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	20-30 min.
¿Ha consumido alguna droga?	No
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Triste/decaído
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	Una persona
¿Quiénes son?	Amigo
¿Por qué son cercanos?	Tenemos comunicación y hacemos todo juntos
¿Cómo es la convivencia?	Buena
¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Compañeros
¿Su familia lo visita?	Si
¿Qué miembros de su familia lo visita?	Esposa/hija/hermana
¿Por qué motivo lo visitan?	Ver como estoy
¿Cada cuando lo visitan?	2 veces por semana
Cierre...	

Tabla 15.3*Factores conductuales del paciente número 08. Continuación 1.*

¿Cómo es la convivencia?	Buena		
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	Vivir con las PPL		
¿Por qué se le hizo difícil?	Por sus comportamientos		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Trabajar	Pagar lo que debo	Brillar

Tabla 16*Datos sociodemográficos paciente número 09.*

Edad	50 años	Estado civil	Casado
Años de sentencia	15 años		
Tiempo transcurrido privado de su libertad	1 año 7 meses		

Datos antropométricos

Peso	75 kg	Talla	1.68 cm	Glucosa capilar en ayunas	80 mg/dl
Presión arterial	70/90 mm/Hg		IMC	26.57	

Indicadores de hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Mareo
<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Somnolencia	
No ha presentado ningún síntoma de hipoglucemia		

Antecedentes patológicos

¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?	40 años
¿Toma algún medicamento para su control?	No
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?	No
¿Por qué?	Me auto cuido
Cierre...	

Tabla 16*Datos sociodemográficos paciente número 09. Continuación 1.*

<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Cuestionario	valores	Puntos
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	--
	No	
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	--
	No	
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	--
	No	
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	--
	No	
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	--
	B: 1-2	
	C: 3-5	
	D: 6-10	
	E: más de 10	
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de días	--

Total: no consume ningún fármaco, por lo que se considera como paciente incumplidor		
Cierre...		

Tabla 16

Datos sociodemográficos paciente número 09. Continuación 2.

Percepción de autocuidado

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	3
B. Alimentación	3
C. Eliminación	3
D. Descanso y sueño	3
E. Higiene y confort	1
F. Medicación	1
G. Control de salud	1
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 18/24 puntos / autocuidado parcialmente adecuado

Tabla 16.1*Reporte alimenticio paciente número 09.*

	Proporcionados por la institución	Proporcionados de manera personal
Pan	7/21	
Frijoles	2/21	
Te	7/21	
Lentejas	2/21	
Habas	2/21	
Chilaquiles	1/21	
Carne de res	3/21	
Sopa	4/21	

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 16.2*Calidad de vida diabetes 39 paciente número 09.*

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	23	8.88
Control de la diabetes	12	0
Ansiedad- preocupación	10	25
Carga social	7	6.66
Funcionamiento sexual	3	0
Calificación total	40.54	0.65
Calidad de vida	7	100
Severidad de la diabetes	1	0

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 16.3*Factores conductuales del paciente número 9.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Basquetbol
¿Cada cuando lo realiza?	2 veces por semana
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	2 horas
¿Ha consumido alguna droga?	Si
¿Cuál?	Marihuana
¿Actualmente consume alguna droga?	No
¿Por qué motivo dejo de consumir?	Ya no me llamo la atención
¿Desde hace cuánto tiempo dejo de consumir?	Desde que tenía 15 años
¿El consumir drogas le trajo alguna complicación con su DM?	No
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Normal
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	Casi ninguno
¿Quiénes son?	Compañeros
¿Por qué son cercanos?	Porque son compañeros
¿Cómo es la convivencia?	Buena
Cierre...	

Tabla 16*Datos sociodemográficos paciente número 09. Continuación 1.*

¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Compañeros		
¿Su familia lo visita?	Si		
¿Qué miembros de su familia lo visita?	Esposa/hija/hermano		
¿Por qué motivo lo visitan?	Para saber cómo estoy y me traen cosas		
¿Cada cuando lo visitan?	2 o tres veces por año		
¿Cómo es la convivencia?	Buena		
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	Nada		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Regresar a mi trabajo	Trabajar	Seguir trabajando

Tabla 17*Datos sociodemográficos paciente número 10.*

Edad	48 años	Estado civil	Unión libre
Años de sentencia			En proceso
Tiempo transcurrido privado de su libertad			4 años 3 meses
<i>Datos antropométricos</i>			
Peso	97 kg	Talla	1.75 cm
		Glucosa capilar en ayunas	279 mg/dl
Presión arterial	130/90 mm/Hg	IMC	31.67
<i>Indicadores de hipoglucemia</i>			
<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Mareo	
<input checked="" type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	
<input checked="" type="checkbox"/> Polifagia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> Somnolencia		
<i>Antecedentes patológicos</i>			
¿Desde hace cuánto tiempo padece de diabetes?			6 años
¿Toma algún medicamento para su control?			Si
¿Cuál?			Insulina y metformina
¿Lleva alguna dieta específica para su DM?			No
¿Por qué?			No sé, se necesita dinero
Cierre...			

Tabla 17*Datos sociodemográficos paciente número 10. Continuación 1.*

<i>Adherencia al tratamiento</i>			
Cuestionario	valores	puntos	
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	1	
	No		
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	0	
	No		
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	0	
	No		
¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	Si	0	
	No		
En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	1	
	B: 1-2		
	C: 3-5		
	D: 6-10		
	E: más de 10		
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Número de	1	
	días		
	1 día		
Total: 3 Incumplidor con su medicación			
Cierre...			

Tabla 17*Datos sociodemográficos paciente número 10. Continuación 2.**Percepción de autocuidado*

Criterios	Puntaje
A. Actividad física	3
B. Alimentación	1
C. Eliminación	2
D. Descanso y sueño	3
E. Higiene y confort	2
F. Medicación	2
G. Control de salud	2
H. Adicciones o hábitos tóxicos	3

Total: 18/24 puntos / autocuidado parcialmente adecuado

Tabla 17.1*Reporte alimenticio paciente número 10.*

	Proporcionados institución	por la	Proporcionados de manera personal
Pan	14/21		
Café	4/21		
Leche			10/21
Frijoles	2/21		
Arroz	3/21		
Caldo de pollo	2/21		

Nota: tipo de alimentos que consume en las 21 comidas que realiza a lo largo de la semana.

Tabla 17.2

Calidad de vida diabetes 39 paciente número 10.

Dominios	Puntuación cruda	Total
Energía-movilidad	23	8.8
Control de la diabetes	27	20.83
Ansiedad- preocupación	5	4.1
Carga social	8	10
Funcionamiento sexual	3	0
Calificación total	43.13	1.76
Calidad de vida	3	33.33
Severidad de la diabetes	3	33.33

Nota: se toma como punto de corte <29 puntos para definir una mejor calidad de vida y una puntuación > 29 como una peor calidad de vida, sobre una escala de 0 a 100.

Tabla 17.3*Factores conductuales del paciente número 10.*

¿Realiza algún deporte?	Si
¿Cuál?	Futbol y basquetbol
¿Cada cuando lo realiza?	2 veces por semana
¿Durante cuánto tiempo realiza deporte?	2 horas
¿Ha consumido alguna droga?	Si
¿Cuál?	Cocaína
¿Actualmente consume alguna droga?	No
¿Por qué motivo dejo de consumir?	Ya no fue lo mismo
¿Desde hace cuánto tiempo dejo de consumir?	Desde hace 10 años
¿El consumir drogas le trajo alguna complicación a su DM?	No
<i>Factores psicosociales</i>	
¿Desde qué ingreso a la institución como se ha sentido (emocionalmente)?	Mal
¿Con cuantas personas cercanas convive dentro de la institución?	15 personas
¿Quiénes son?	Compañeros
¿Por qué son cercanos?	Convivimos juntos
¿Cómo es la convivencia?	Buena
Cierre...	

Tabla 17.3*Factores conductuales del paciente número 10. Continuación 1.*

¿Qué tipo de vínculo o parentesco tiene?	Compañeros		
¿Su familia lo visita?	Si		
¿Qué miembros de su familia lo visita?	Esposa/hija/ hermana		
¿Por qué motivo lo visitan?	Para ver como estoy y me traen cosas		
¿Cada cuando lo visitan?	Cada 8 días		
¿Cómo es la convivencia?	Buena		
¿Qué es lo más difícil que ha vivido en la institución según su punto de vista?	El fallecimiento de mi padre		
¿Por qué se le hizo difícil?	No pude verlo por última vez		
¿En caso de que salga en libertad, cuáles son sus planes a futuro?	<i>Corto plazo</i>	<i>Mediano plazo</i>	<i>Largo plazo</i>
	Trabajar	Seguir trabajando	Trabajar

Tabla 18*Resultados grupales de instrumentos (a nivel metabólico)*

Rango de edad	Presión arterial			Glucosa			IMC		
	Optima	Normal	Normal alta	Normal	Nivel elevado	Altamente elevado	Normal	Sobrepeso	Obesidad
40-50 años	3/10		1/10	3/10		1/10	1/10	1/10	2/10
51-60 años	2/10	1/10	3/10	1/10	1/10	4/10	1/10	3/10	2/10

Nota: número resultante / total de participantes.

Tabla 19*Resultado de instrumentos*

Rango de edad	Uso de medicamentos		de Adherencia al tratamiento		al Calidad de vida		Percepción de autocuidado		
	Si	No	Cumplidor	Incumplidor	Mejor	Peor	*A/A	*A/PA	*A/I
40-50 años	3/10	1/10	2/10	2/10	2/10	2/10		3/10	1/10
51- 60 años	5/1	1/10	4/10	2/10	2/10	4/10	1/10	4/10	1/10

Nota: autocuidado adecuado (A/A), autocuidado parcialmente adecuado (A/PA), autocuidado inadecuado (A/I).

Número resultante / total de participantes.

Tabla 20*Resultado del instrumento de percepción de autocuidado*

Dominio	Puntaje 3	Puntaje 2	Puntaje 1	Áreas con déficit
Actividad física	7/10	3/10	0	
Alimentación	4/10	4/10	2/10	3
Eliminación	2/10	7/10	1/10	1
Descanso y sueño	6/10	3/10	1/10	
Higiene y confort	2/10	7/10	1/10	2
Medicación	7/10	1/10	2/10	
Control de salud	4/10	4/10	2/10	4
Adicciones o hábitos tóxicos	10/10	0	0	

Nota: resultado / total de participantes

Tabla 21*Resultados del instrumento de calidad de vida diabetes 39*

Dominios	Valor de 0-25	Valor de 26-50	Valor de 51-75	Valor de 76-100	Áreas con déficit
Energía-movilidad	4/10	5/10	1/10	---	4
Control de la diabetes	4/10	6/10	---	---	3
Ansiedad-preocupación	3/10	4/10	2/10	1/10	1
Carga social	4/10	6/10	---	---	2
Funcionamiento sexual	8/10	2/10	---	---	

Nota: resultado / total de participantes

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO E INFORMADO

FECHA:

POR MEDIO DE LA PRESENTE,
YO _____, EN
PLENO USO Y GOCE DE MIS DERECHOS Y FACULTADES, ACEPTO
PARTICIPAR DE MANERA ABSOLUTAMENTE VOLUNTARIA Y SIN
RECIBIR NINGÚN BENEFICIO A CAMBIO EN LA EVALUACIÓN DE
“CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
CON DIABETES MELLITUS DE 40 A 60 AÑOS”, QUE SE REALIZARA
DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE REINSERCIÓN
SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

TODA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ DE CARÁCTER
ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, Y SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE
PARA FINES ACADÉMICOS Y NO SERA UTILIZADO PARA NINGUN
OTRO FIN SIN MI AUTORIZACIÓN EXPLÍCITA.

NOMBRE Y FIRMA

AUTO REPORTE ALIMENTICIO

Instrucciones: anotar los alimentos que consume en la semana, y posteriormente entregarlo

FECHA:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO							
COMIDA							
CENA							

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Número de Paciente		Edad		Sexo			
Fecha De Nacimiento		Estado Civil		Sentencia			
Originario				Religión			
Presión Arterial		Peso Actual		Talla		IMC	
Glucosa		Frecuencia Cardíaca		Frecuencia Respiratoria			

ENTREVISTA

1. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENES?
2. ¿FECHA DE NACIMIENTO?
3. ¿DE DÓNDE ES ORIGINARIO?
4. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA PRIVADO DE SU LIBERTAD?
5. ¿DE CUÁNTOS AÑOS ES SU SENTENCIA?
6. ¿DESDE HACE CUANTOS AÑOS PADECE DE DM?
7. ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO PARA SU CONTROL?
8. ¿LLEVA ALGUNA DIETA ESPECIFICA PARA EL CONTROL DE SU DM? ¿POR QUÉ?
9. ¿REALIZA ALGÚN DEPORTE? ¿CUÁL?
10. ¿CADA CUANTO LO REALIZA?
11. ¿POR CUANTO TIEMPO REALIZA EJERCICIO?
12. ¿HA CONSUMIDO ALGUNA DROGA? ¿CUÁL?
13. ¿ACTUALMENTE CONSUME ALGUNA DROGA? ¿CUÁL?
14. ¿CADA CUANDO LA CONSUME?
15. ¿QUÉ CANTIDAD CONSUME?
16. ¿POR QUÉ MOTIVO DEJO DE CONSUMIR?
17. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO DEJO DE CONSUMIR?
18. ¿EL CONSUMIR DROGAS LE TRAJÓ ALGUNA COMPLICACIÓN CON SU DM?
19. ¿DESDE QUÉ INGRESO A LA INSTITUCIÓN COMO SE HA SENTIDO (EMOCIONALMENTE)?
20. ¿CON CUANTAS PERSONAS CERCANAS CONVIVE DENTRO DE LA INSTITUCIÓN?
21. ¿QUIÉNES SON?

22. ¿POR QUÉ SON CERCANOS?
23. ¿CÓMO ES LA CONVIVENCIA?
24. ¿QUÉ TIPO DE VÍNCULO O PARENTESCO TIENEN?
25. ¿SU FAMILIA LO VISITA? ¿QUÉ MIEMBRO DE SU FAMILIA LO VISITA?
26. ¿POR QUÉ MOTIVO LO VISITAN?
27. ¿CADA CUANDO LO VISITAN?
28. ¿CÓMO ES LA CONVIVENCIA?
29. ¿QUÉ TIPO DE VÍNCULO O PARENTESCO TIENE?
30. ¿QUÉ ES LO MÁS DIFÍCIL QUE HA VIVIDO EN LA INSTITUCIÓN SEGÚN SU PUNTO DE VISTA?
31. ¿POR QUÉ SE LE HIZO DIFÍCIL?
32. ¿CUÁLES SON SUS PLANES PARA EL FUTURO? (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)
33. ¿EN CASO DE QUE SEA LIBRE CUALES SON SUS PLANES A FUTURO? (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Gerontología



Check list hipoglucemia

Descripción	Empelada para establecer periodos de hipoglucemia en el paciente diabético
Desarrollada	Clínica preventiva primer nivel
Característica operativa	Marque con una <input checked="" type="checkbox"/> cualquiera de los siguientes síntomas de la hipoglucemia que usted presenta y lleve esta hoja a la siguiente visita con su profesional de salud.
Baremación	La presente enmarca síntomas de una posible hipoglucemia, es necesario corroborar con una prueba de glucosa capilar periférica, sin embargo presentes 3 de estos síntomas es importante considerar la hipoglucemia.

Evaluador@: _____ Fecha: _____

Servicio: _____ Dx: _____

Paciente: _____ Edad: _____ Genero: _____

Cuerpo instrumento Check list hipoglucemia

<input type="checkbox"/> Hiperhidrosis	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Mareo
<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Polifagia/ Hiperfagia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Somnolencia	

Prueba de glucosa capilar periférica: _____



Hemoglobina A1c Test: _____

Monitoreo Gerontológico

- Actué si tiene glucosa baja:
- si su glucosa en sangre es por debajo de los 70 mg/dl o si siente cualquier de los signos mencionados anteriormente tome UNO de los siguientes remedios rápidos:
 - 3 o 4 tabletas de glucosa.
 - una ración de gel de glucosa 815 grms de carbohidratos).
 - una tasa de o 240 ml de leche.
 - ½ tasa o 120 ml de jugo de frutas.
 - ½ tasa o 120 ml de refresco regular (no de dieta).
 - 5 o 6 piezas de caramelo macizo.
 - una cucharada sopera de azúcar o miel.
 - espere 15 minutos revise de nuevo la glucosa en sangre.
 - si la glucosa en sangre aún está por debajo de 70 mg/dl o no se siente bien, repita el paso 1 cada 15 minutos hasta que su glucosa en sangre este en 70 mg/dl o por arriba.
 - llame a su médico si su glucosa permanece baja.
 - evite los ayunos prolongados.

Resumen gerontológico

--

 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Instituto de Ciencias de la Salud Licenciatura en Gerontología 			
Test de cumplimiento SMAQ			
Descripción.	Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos		
Desarrollada.	Se originó en España para pacientes con SIDA		
Característica operativa.	Por su postura condicional al paciente crónico y agudizable se emplea en otras adherencias a tratamientos en crónicas. El cuestionario es dicotómico, por tanto, cualquier respuesta en el sentido de no cumplimiento se considera incumplimiento.		
Baremación.	Se considera incumplidor, si el paciente responde en la pregunta: (1, sí) (la 2, no) (la 3, sí) (la 4, sí) (la 5, C, D o E) (Los 6, más de 2 días).		
Evalúador@		Fecha:	
Servicio:		Dx:	
Paciente:		Edad:	Genero:
Cuerpo instrumento. Test de cumplimiento SMAQ			
Cuestionamiento		Valores	Puntos
1.- ¿alguna vez olvida tomar la medicación?		Si No	
2.- ¿toma siempre los fármacos a la hora indicada?		Si No	
3.- ¿alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?		Si No	
4.- ¿olvido tomar la medicación durante el fin de semana?		Si No	
5.- en la última semana, ¿Cuántas veces no tomo alguna dosis?		A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10	
6.- desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?		Número de días	
		total	
En los pacientes crónicos el monitoreo de cifras ideal para acerca el resultado de la escala a los valores actuales.			
Monitoreo gerontológico			
Resumen gerontológico			



TESTDE CYPAC-AM

Descripción:	Percepción de autocuidado
Desarrollada:	Consejo de enfermería Cubana, Millán 2010
Característica operativa.	<p>Escala heteroadministrada de 7 ítems y por cada ítem una subescala que identifica la situación del adulto mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad, si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems. - Si tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3. - Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2. - Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.
Baremación.	<ul style="list-style-type: none"> - Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado. - Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado. - Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado. - Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría. - Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: con déficit de autocuidado total

Evaluador@:	Fecha:
Servicio:	Dx:
Paciente	Edad: Genero:

Cuerpo instrumento

TEST DE CYPAC-AM (Capacidad de Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor)

Criterios.	Valores.	Puntaje.
1. Actividad física		
1. Puede movilizarse sin ayuda.	Sí__ No__	
2. Participa en el círculo de los abuelos.	Si__ A veces__ No__	
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente (nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)	Si__ A veces__ No__	
4. Camina 10 cuadras (1 km) diario y/o sube escaleras.	Si__ A veces__ No__	
2. Alimentación		
1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda.	Sí__ No__	
2. Tiene establecido un horario fijo para comer.	Si__ A veces__ No__	
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos.	Si__ A veces__ No__	
4. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste.	Si__ A veces__ No__	
3. Eliminación.		
1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda.	Sí__ No__	

2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular.	Si___ A veces___ No___	
3. Tiene como habito observar sus deposiciones.	Si___ A veces___ No___	
4. Tiene como habito ingerir agua entre comidas. (Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)	Si___ A veces___ No___	
4. Descanso y sueño		
1. Puede desarrollar su periodo de descanso y sueño.	Sí___ No___	
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer.	Si___ A veces___ No___	
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo.	Si___ A veces___ No___	
4. Procura dormir las horas necesarias diarias. (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)	Si___ A veces___ No___	
5. Higiene y Confort		
1. Puede mantener su higiene y confort si ayuda.	Sí___ No___	
2. Se bala diariamente, y aun horario establecido.	Si___ A veces___ No___	
3. Acostumbra bañarse con agua tibia.	Si___ A veces___ No___	
4. Utiliza una toalla independiente para secarse los pies	Si___ A veces___ No___	
6. Medicación		
1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla.	Sí___ No___	
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado.		
3. Se toma medicamentos que le indica su médico.	Si___ A veces___ No___	
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero.	Si___ A veces___ No___	
7. Control de Salud		
1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud.	Sí___ No___	
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar.	Si___ A veces___ No___	
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas.	Si___ A veces___ No___	
4. Se realiza autochequeos periódicamente en casa. (autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)	Si___ A veces___ No___	
8. Adicciones o Hábitos tóxicos		
1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico.	Sí___ No___	
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume.	Si___ A veces___ No___	
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de este.	Si___ A veces___ No___	
4. Tiene más de un hábito pero intenta dejarlos.	Si___ A veces___ No___	
Total: _____		
Monitoreo Gerontológico		
Resumen Gerontológico		

Anexo

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida *durante el último mes*. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conste colocando una (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica responder todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

2. Preocupaciones por problemas económicos

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

3. Limitaciones en su nivel de energía

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

6. Estar preocupado (a) por su futuro

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

8. Tensiones o presiones en su vida

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

9. Sensación de debilidad

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

12. Visión borrosa o pérdida de la visión

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

13. No poder hacer la que quisiera

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

14. Tener diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

15. El descontrol de su azúcar en sangre

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

16. Otras enfermedades aparte de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

18. El tiempo requerido para controlar si diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

19. Las restricciones que su diabetes imponen a su familia y amigos

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

20. La vergüenza producida por tener diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

22. Sentirse triste o deprimido

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

24. Tener bien contralada su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

25. Complicaciones debidas a su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

27. Tener que anotar sus niveles de azúcar

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

30. Menor interés en su vida sexual

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida

Mínima calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Máxima calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

Ninguna gravedad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Extremadamente grave