

11226
2ej
241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona "San Angel"

con U.M.F. No. 8

Curso de Especialización en Medicina Familiar

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS
EN LOS PACIENTES DIABETICOS.

TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a

Dr. LUCIO REYES ORTIZ

México, D.F. 1984

F. TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Págs.
Introducción	1
Antecedentes científicos	3
Justificación	5
Objetivos	8
Hipótesis	9
Material y métodos	10
Resultados	12
Conclusiones	18
Alternativas de solución	20
Resumen	21
Cuadros y Gráficas	22
Tratamiento estadístico	50
Bibliografía	53

INTRODUCCION

A nivel mundial, la diabetes mellitus ha sido objeto de importantes campañas médico-gubernamentales, ya que representa un problema de magnitud considerable tanto desde el punto de vista de morbilidad como de mortalidad. Actualmente se calcula que, existen entre 40 a 50 millones de diabéticos en el mundo, cifra que aumentaría con aquellos casos aún no diagnosticados (5). Esto pone de manifiesto como lo establece la Organización Mundial de la Salud quien considera desde hace más de 15 años a la diabetes mellitus como un problema de salud pública.

En países latinoamericanos (10), no se cuenta con estadísticas confiables de la diabetes mellitus, pero se reporta que el país con más alta incidencia es Venezuela (7.3%) siguiéndole: Uruguay (6.3%), Colombia (6.8%), Argentina (6.0%), E.U.A. (5.04%), México (2.0 a 4.5%), Cuba (3.8%), Brasil (2.7%), Jamaica (1.26%), Chile (1.18%).

En México, los datos epidemiológicos sobre diabetes mellitus son escasos, señalándose cifras que en promedio varían de 2 a 4.5% de la población general. Este amplio rango propuesto para determinar la incidencia, se debe a que más de la mitad de los enfermos diabéticos no están declarados y a que el rastreo de una gran parte de la población sana, con antecedentes diabéticos es practica -

mente imposible. Esta alta incidencia del padecimiento se acompaña de altos índices de mortalidad; para el año 1972- en México fue de 15.8 por 100.000 habitantes(10).

Actualmente se requieren de estudios más completos y recientes para evidenciar con claridad la magnitud del problema en México; ya que se calcula que existen poco más de 2 millones de diabéticos conocidos y de acuerdo al incremento anual de la población, se considera que para 1990 -- existirán más de dos millones y medio de pacientes (5).

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Como todas las enfermedades crónicas-degenerativas la diabetes mellitus no puede curarse, por lo tanto debe ser tratada en cualquier parte, las 24 Hrs del día no sólo por el Médico u otros profesionales de la medicina sino por el propio paciente. Reconociendo estos cambios y la responsabilidad que corresponde a los pacientes abremos de desarrollar nuevos enfoques para proporcionar un cuidado adecuado de sus necesidades cambiantes (4).

La enseñanza y participación del paciente es parte integral de su control, su comprensión, su tiempo disponible así como su estado socio-económico y cultural le permiten al médico familiar desarrollar un plan terapéutico global.

Difícilmente se puede lograr que el paciente diabético tenga valores normales de glucemia pero sí, es posible mantenerlos asintomáticos y a eso lo denominamos buen control del paciente diabético. Para lograrlo es necesario una buena relación médico-paciente; el médico familiar proporcionara la información adecuada acerca del padecimiento, el paciente tendrá buena voluntad y capacidad para cumplir con las indicaciones y tener a su disposición los medicamentos indispensables (10). Esta educación aunado a la actitud de la familia del paciente frente a la enferme-

dad y su tratamiento tiene gran influencia en su control y reduce la morbimortalidad de la enfermedad (7), (15), (17).

Los defensores del "buen control" manifiestan que los fines de un tratamiento adecuado debe incluir un esfuerzo muy intenso para obtener glucemias en ayunas y posprandiales en suero lo más cercano posible a individuos sanos o no diabéticos (13).

La falta de control es causa de aparición a más temprana edad en el paciente diabético de muchas complicaciones ya sean agudas o crónicas: cetoacidosis diabética, coma -- hiperosmolar no cetótico, micro y macroangiopatías, neuropatías entre otras (1), (7), (14), (10).

Pocas enfermedades requieren la capacitación y disciplina que necesita la diabetes mellitus. En México, gran parte del cuidado médico lo proporcionan instituciones de Seguridad Social a través de Medicina Familiar, por lo que esta enseñanza requiere de una planificación cuidadosa, -- estudios y esfuerzos estrechamente coordinados con los --- medios que se cuente. En base a todo esto, el proceso ---- educativo empieza de manera informal al efectuarse el diagnóstico, por lo que el médico familiar ha de estimar sus - conocimientos, nivel socio-económico y educativo del ----- paciente al efectuar la historia clínica(4).

J U S T I F I C A C I O N

Para muchos postular una causalidad social de la enfermedad no es sino añadir una pieza más de conocimiento, sin embargo no aprecian que significa revisar esencialmente -- las condiciones básicas de la medicina clínica actual, para poder distinguir en que sentido y como el conocimiento del caracter social de la enfermedad pudiera impulsar la generación de un conocimiento nuevo.

La enfermedad es expresión de una triple situación ---- etiológica: física, social y cultural. De los tres, ha --- sido el físico-biológico el que más se ha analizado esencialmente porque no se ha tomado mucho en consideración al hombre enfermo como sujeto de funciones socioculturales, - o como una persona integral cuya condición biológica es -- sólo uno de sus componentes. Así, en el ser humano no es - posible establecer estados fijos o situaciones estáticas - puesto que no vive aislado, vive en sociedades específicas, donde se dan relaciones sociales, de producción (9)(16), y estilos de vida que determinan en buena medida su salud-enmedad. Al ser un ente dinámico es necesario conceptualizar la salud-enfermedad comp un proceso.

El análisis del concepto salud suele hacerse en abstracto, es decir, se le desliga de la realidad social, sin --- considerar que en tal forma se ocultan múltiples signifi -

cados que el término implica. La diversidad de interpretaciones del concepto salud revela que posee un contenido y una configuración susceptible de reflejar diferentes doctrinas sociales; advirtiendo la presencia de dos importantes corrientes ideológicas (11): La primera ve a la salud como un estado psicobiológico óptimo, no relacionado con la organización social, es decir, no se cuestiona la causalidad social de la enfermedad. La segunda, en cambio, menciona que la salud y la enfermedad son momentos de un proceso determinado históricamente por tal organización social (11,16). Haciendo suyo el pensamiento científico que ha demostrado que la salud del individuo y de la comunidad están directamente relacionados con el nivel y género de vida de la población, determinados principalmente por la alimentación, la vivienda, el trabajo, el ambiente y la educación (11), y de ninguna manera se justifica olvidar ésta realidad.

En la medida que se logre superar el umbral de lo puramente biológico, el individuo llegará a su esencia y descubrirá su dependencia de la comunidad de la cual es miembro y, sobre todo(16), de la cultura en la que tiene una mayor o menor participación. Todo esto hace que un diagnóstico formulado en el hombre enfermo que carezca de los aspectos sociales y culturales es un diagnóstico trunco.

Por lo anterior y la forma en que habitualmente vive el grupo social y el modo como satisface las necesidades

elementales de la vida, parecen ser los factores más -----
importantes que condicionan el estado de salud de la pobla
ción.

O B J E T I V O S

1) La diabetes mellitus por ser una enfermedad crónica que afecta a la población en edad productiva y ser muy importante las repercusiones económicas que ocasiona sobre la economía familiar e incluso sobre la economía del país, en el presente estudio se pretende conocer y analizar la influencia de los factores socio-económicos y culturales en los pacientes diabéticos de una población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.8 del Hospital General de Zona "San angel" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2) La educación del paciente diabético es considerada cada vez más como parte integral de su cuidado, de acuerdo a sus necesidades cambiantes, manifestando la importancia de identificar la fuente de información y el grado de conocimiento que el diabético tenga acerca de su padecimiento.

H I P O T E S I S

Los componentes socioculturales aparecen, mas o menos -
patentes, en diversas enfermedades y en numerosos enfermos
ya sea como factores determinantes, colaterales o agravantes.
por lo que el control de la diabetes mellitus no se -
logra fácilmente y en el tratamiento requiere que los ----
pacientes bien informados cooperen con profesionales de la
salud en un amplio sistema de manejo, y los factores -----
socio-económicos y culturales dentro de los cuales se ----
desenvuelve el paciente son determinantes e influyen para
el logro de un control adecuado.

HIPOTESIS DE NULIDAD

Independientemente de que el paciente diabético se le -
eduque con respecto a su padecimiento y se concidere el --
medio socioeconómico y cultural en el cual se desenvuelve,-
la evolución del padecimiento es la misma.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se dividió en las siguientes fases:

1. Se tomó como universo de trabajo la población adscrita al consultorio 2 BD del H.G.Z. "San angel" con U.M.F. No.8 de la Delegación 6 del Valle de México del I.M.S.S.
2. La población adscrita al consultorio estudiado fue en total de 2952 derechohabientes, de los cuales correspondieron 1442 al sexo masculino y 1510 al femenino (gráfica No. 1).
3. Se revisaron 2100 expedientes del consultorio estudiado encontrando una diferencia de 852 expedientes del total. Consideramos que tal diferencia se debió a que los expedientes no encontrados, debido al manejo del expediente viajero, se hallan encontrado en otras especialidades o hallan sido dados de baja.
4. La muestra estudiada correspondió a los pacientes diabéticos del tipo II de la clasificación actual(10), diagnosticados clínicamente y por laboratorio; encontrando 52 pacientes, de los cuales sólo fueron estudiados 41 de ellos dado que el resto no se pudo localizar para su inclusión en este estudio ya sea por cambio de domicilio o por no radicar en la ciudad.
5. De los 41 pacientes estudiados, se analizaron la distribución por edades divididas en quinquenios, a partir de

los 26 años hasta los 30 años. Así mismo, la distribución por sexo resultando 30 al femenino y 11 al masculino.

6. Se identificaron y marcaron los expedientes de todos los pacientes diabeticos encontrados; obteniendose información de los mismos.

7. A través de Trabajo Social se localizaron a los pacientes para realizar historia clínica y el estudio socio-económico.

8. Se elaboró un formato (anexo) para concentrar los ---- datos del estudio socio-económico, la información y grado de conocimiento del padecimiento que tiene el enfermo en relación con su enfermedad.

9. La recolección y presentación de la información se --- analizó en cuadros de concentración.

PROGRAMA:

FORMATO PARA LA RECOLACION DE LOS DATOS DE 41 PACIENTES DIABETICOS DEL CONSULTORIO 2 BD

DEL H.G.Z. No. 8 SAN ANGELO CON U.N.F. DEL I.M.S.S.

UNIDAD DE M.F. 2- ASOCIACION A CONSULTORIO No. 3- A.C. B.D. 4- SEXO M F5- EDADE

6- NOMBRE DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

7- AFILIACION

9- ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> 1- SOLTERO 2- CASADO POR CIVIL 3- CASADO POR IGLESIA 4- CASADO POR CIVIL E IGLESIA 5- VIUDO LIBRE 6- VIUDO 7- DIVORCIADO 8- SEPARADO	9- ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> 1- NO SABE LEER NI ESCRIBIR 2- SABE LEER PERO NO ESCRIBIR 3- SABE LEER Y ESCRIBIR 4- PRIMARIA INCOMPLETA 5- PRIMARIA COMPLETA 6- SECUNDARIA O EQUIVALENTE INCOMPLETA 7- " " COMPLETA 8- PREPARATORIA O EQUIV. INCOMPLETA 9- " " COMPLETA	10- OCUPACION <input type="checkbox"/> 1- AGRICULTOR 2- OBRERO O EMPLEADO 3- PROFESIONISTA 4- COMERCIANTE 5- NO ESPECIFICADO 6- OTROS	11- INGRESO MENSUAL FAMILIAR <input type="checkbox"/> 1- SALARIO MINIMO LOCAL ACTUAL: \$ 2- 25% MAYOR QUE 1 3- 50% " " " " " " 4- 100% " " " " " " 5- 500% " " " " " " 6- 1000% " " " " " "	12- No DE INTERVENCIONES DE LA FAMILIA 1- UN MIEMBRO 2- DOS 3- TRES 4- CUATRO 5- CINCO 6- SEIS 7- ETC.
13- HABITOS ALIMENTICIOS <input type="checkbox"/> 1- Bueno <input type="checkbox"/> 2- Regular <input type="checkbox"/> 3- Malo <input type="checkbox"/> 1- H. H. C. 2- Pastas 3- Lipidos	10- PROFESIONAL INCOMPLETA COMPLETA 11- TIPO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> 1- CASA SOLA 2- DENTO O CONDOMINIO 3- VECINDAD 4- CHUSA O JACAL 5- BARRACAS 6- OTROS	15- TIPO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> 1- CASA SOLA 2- DENTO O CONDOMINIO 3- VECINDAD 4- CHUSA O JACAL 5- BARRACAS 6- OTROS	16- No DE CUARTOS <input type="checkbox"/> 1- UNO 2- DOS 3- TRES 4- CUATRO O MAS	17- DISPOSICION DEL AZÚCAR 1- ENTUBADA DENTRO 2- " " FUERA 3- FOTOCOPORADA 4- ALBUJE 5- OTRAS
14- DISPOSICION DE EXCRETAS <input type="checkbox"/> 1- EXCUSADO FAMILIAR 2- " " COLECTIVO 3- LETRINA 4- FOSA SEPTICA 5- RECAUSADO AL AIRE LIBRE	19- DISPOSICION DE BASURA <input type="checkbox"/> 1- SE LIRA A LA CALLE 2- SE LIRA AL RIO 3- SE QUEMA O ENTERRA 4- RECOLECCION ORGANIZADA	20- FAUNA DOMESTICA <input type="checkbox"/> 1- AVES 2- GATOS 3- PERROS 4- OTROS ESPECIFICAR	21- ASISTENCIA A PROGRAMAS <input type="checkbox"/> 1- D.O.C. 2- O.M. 3- T.B. 4- F.R. 5- UDES 6- H.T.A. 7- P.P.V. 8- QUINISAN 9- PRENATAL	22- FUNCIONES FAMILIARES 1- SOCIALIZACION 2- CUIDADO 3- AFECTO 4- REPRODUCCION 5- STATUS
23- FASE CICLO FAMILIAR <input type="checkbox"/> 1- SOLTERIA 2- MATRIMONIO 3- EXPANSION 4- DISPENSION 5- INDEPENDENCIA 6- RETIRO Y/O MUERTE	24- ROL ESPOSA <input type="checkbox"/> 1- ESPOSA COMPANERA 2- " COLABORADORA 3- " MADRE	25- TOXICOMANIAS <input type="checkbox"/> 1- TABACO 2- ALCOHOL 3- OTROS	26- USO DEL TIEMPO LIBRE <input type="checkbox"/> 1- DEPORTE 2- RECREACION 3- SEDENTARISMO	27- EL PACIENTE QUE TIENE ENFERMEDAD ES CUANTO 1- SI 2- NO
28- INFORMACION DE LA ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> 1- MEDICO 2- PERSONAL PARAMEDICO 3- LIBROS, REVISTAS 4- OTROS	29- No. DE RECETAS EN EL ULTIMO MES <input type="checkbox"/> 1- NINGUNA 2- 1 A 2 3- 3 A 4 4- 5 A 6 5- MAS DE 6	30- HOSPITALIZACION EN LOS 6 MESES ANTERIORES <input type="checkbox"/> 1- DE 1 A 3 DIAS 2- DE 3 A 6 DIAS 3- DE 7 A 14 DIAS 4- DE 15 A 28 DIAS 5- MAS DE 28 DIAS	31- INCAPACIDADES EN EL ULTIMO SEMESTRE <input type="checkbox"/> 1- DE 3 A 7 DIAS 2- DE 8 A 14 DIAS 3- DE 15 A 28 DIAS 4- MAS DE 28 DIAS	32- ESTADO NUTRICIONAL <input type="checkbox"/> 1- SOBREPESO O.I. 2- " " G.II 3- " " G.III 4- NORMOPESO 5- DESNUTRICION G.I 6- " " G.II 7- " " G.III

RESULTADOS

En el presente estudio fueron estudiados 41 pacientes, de los cuales corresponden a 30 del sexo femenino y 11 al masculino (cuadro No.1); identificados con los criterios de diagnóstico clínico y de laboratorio de la población de un sólo médico familiar del turno BD, con un total de 2100 expedientes clínicos revisados con este fin.

En el cuadro No.1 se expresa la distribución de los pacientes diabéticos según el subgrupo de edad a partir de los 26 años, reunidos en quinquenios, siendo notorio principalmente para el sexo femenino que aproximadamente el 56.8% de ellos correspondieron a las edades de 56 a 76 años descendiendo bruscamente su frecuencia a partir de los 71 años, y observandose también baja frecuencia en pacientes de menores de 45 años.

Las condiciones del estado civil de los pacientes puede tener significado en cuanto a la repercusión del grupo familiar o de la pareja en relación al padecimiento. De tal manera que uno de cada cinco no tiene pareja y correspondió al 11.9% en el sexo femenino y a un 17.6 con estado civil de viudez (cuadro No.2).

Aproximadamente el 70.5% de los pacientes refirieron un estado civil ya sea por la iglesia, por el civil y en su mayoría por ambos.

La escolaridad (cuadro No.3), en términos generales --- corresponde al esquema nacional en el que se encuentra un 34.2% de analfabetas, una escolaridad de primaria en 46 de 100, con estudios de secundaria solamente cuatro de cien y con estudios superiores 14.6 de 100; lo cual es influyente en la posibilidad de la necesaria educación para la salud de su padecimiento, así como para entender en el momento actual, dado el caso, el desapego al tratamiento y el control en general así como a seguir desviaciones terapéu --- ticas empíricas, de conseja popular o ligadas a pensamiento mágico.

La población estudiada en cuanto a su ocupación fue --- clasificada en obrero y empleado, profesionista, campesino y el hogar. Del primer grupo se encontró uno de cada cinco pacientes, 12.2 de 100 correspondieron a profesionistas -- congruentemente con la escolaridad declarada a estudios -- superiores, con muy baja proporción 2.4% como campesinos y la mayor dedicada a labores del hogar en un 61% (cuadro -- No. 3).

En cuanto al ingreso económico este fué considerado en el monto total de la familia del paciente diabético de --- acuerdo a la cotización del momento del estudio, correspondiente a 660 pesos diarios y 18,480 pesos mensuales (noviem bre de 1983), de tal manera que el 10% de las familias de los diabéticos se encontró con un ingreso correspondiente al salario mínimo y con el 25% mayor. Con predominio en --

ésta agrupación de un 48.8% exclusivamente con salario --- mínimo y además de manera opuesta con un 9.7% solamente -- con salario de más de 50% sobre el mínimo (cuadro No.4).

De acuerdo a que el número de personas por familia ---- según se aprecia en el cuadro No.5, es predominante de dos a seis miembros en un 83% del total y de manera realmente importante para significar que más de una tercera parte de la población estudiada está constituida por cinco a seis - miembros por familia.

El ingreso per cápita se expresa en el cuadro No.6 y se hace evidente la situación precaria de estas familias que -- en particular requieren de una educación nutricional ----- eficiente dada la limitación del ingreso económico.

Las condiciones de la vivienda son la expresión de la - capacidad económica y de los diferentes aspectos cultura - les de las familias por lo que sus características son muy importantes como determinantes de diversos padecimientos o como en el caso de la diabetes mellitus, nos explica el -- concepto cultural que influye como fuerte factor en el --- comportamiento de los pacientes ante su enfermedad.

La tenencia de la vivienda resultó con un 56% en pro -- piedad, en un 41.5% alquilada (cuadro No.7). Señalando que un tercio de la población habita en casa sola, otro tercio en departamento; 20.3 de 100 en vecindad y solamente el -- 2.5 en chosa (cuadro No.7). La proporción del número de -- cuartos por vivienda fué de casi el 50% con cuatro o más -

cuartos y una tercera con tres y sólo la minoría con dos y un cuarto(cuadro No.8).

El hacinamiento en la forma de vivir de los pacientes - diabéticos, nos expone las grandes posibilidades de con -- traer diversas infecciones lo cual constituye un factor de riesgo dada la susceptibilidad de este tipo de pacientes - en relación a los procesos infecciosos. También como facto res de riesgo se encuentran las características de los --- servicios de la vivienda y en su análisis se encontro que una familia de cada cuatro tiene agua entubada fuera de la casa, que uno de cada cuatro dispone de sus excretas co -- lectivamente(cuadro No.9), y que casi uno de cada cinco - dispone de la basura eliminandola en la calle o por quema- (cuadro No.10). En estas condiciones la presencia de fauna domestica incrementa los riesgos ya que sólo un 39.2% ---- declaró no tener aves, gatos o perros en convivencia y, en cambio una tercera parte tiene perros, una quinta parte -- aves y el 13.0% gatos(cuadro No.10).

La dinámica familiar que puede ser favorable o no para el manejo y control del paciente analizado con el estudio de tres variables como son: el rol de la esposa, las ---- fases evolutivas de la familia y las funciones que requie ren atención; sólo uno de cada cinco esposas adopta el -- papel de la esposa colaboradora, aproximadamente una ter- cera parte de esposa compañera y el 50% como esposa ---- madre(cuadro No.11). Lo cual es congruente con la mayor -

frecuencia de las fases evolutivas de la familia, en las -- que se encuentran estos pacientes ya que una tercera parte se encuentra en fase de expansión otra tercera parte en -- fase de dispersión y otra tercera en la fase de indepen -- dencia. Cómo una sola familia puede encontrarse en más de una fase debido a la diversidad de edad de sus integrantes se anota como importante que aproximadamente el 7% refiere soltería y el 13% estaba en fase de retiro y muerte (cua -- dro No. 12).

La presencia de toxicomanías es de gran importancia --- identificarlas ya que algunas de ellas afectan gravemente -- la evolución clínica del paciente, ya sea como el alcoho -- lismo que en este estudio se encontro en el 11% de los --- pacientes y el tabaquismo aproximadamente en una tercera -- parte(cuadro No.13).

La utilización del tiempo libre es muy ilustrativa ya -- que la oportunidad de realizar ejercicio físico no se ---- aprovecha como muestran los resultados obtenidos (cuadro -- No. 14), en los que solamente el 7.3% de los pacientes --- realiza algún deporte, uno de cada cinco actividad recrea -- tiva y la mayoría el 73% es absorbido por el sedentarismo.

A pesar de que el 90.2% de los pacientes saben que su -- enfermedad no es curable (cuadro "o. 15), y que la informa -- ción la obtienen de parte del médico, su presencia en los -- servicios de hospitalización es alta ya que el 7.3% a per -- manecido en los servicios de hospital en un promedio de --

más de tres días (cuadro No.16).

La magnitud de los daños a la salud que han ameritado - incapacidad por más de tres días se eleva a prácticamente el 10% del total (cuadro No.16).

Un enfoque global de los trastornos metabólicos que con lleva la diabetes mellitus está en relación con el estado-nutricional de los pacientes. Así mismo, con a calidad de atención en cuanto a su control ya que la desviación en -- este sentido tiene un importante significado por la estabi-lidad o descompensación del padecimiento. Sólomente un --- tercio de la población estudiada se encuentra en normopeso con sobre-peso los dos tercios restantes y de manera predo-minante y por lo tanto significativamente 39 de 100 de --- ellos con sobre peso de II grado (cuadro No.17).

CONCLUSIONES

1. La proporción mayoritaria de estado socio-económico --- débil se identificó como de influencia en las caracterís - ticas del padecimiento estudiado. Tales como la magnitud - del daño cuya evidencia sobresaliente fué la retinopatía y los trastornos digestivos
2. El factor cultural correspondiente a la escolaridad se consideró como de gran influencia ya que el analfabetismo de un tercio de la población estudiada, correspondió al -- tipo de ocupación que en este caso; dado el predominio del sexo femenino se refiere a labores del hogar en un 60%.
3. El porcentaje alto, de hospitalización de los pacien -- tes en un 7.3% exhibió un daño importante y la presencia de -- grave riesgo de muerte en una población que declaró tener -- conocimiento en el 90% de que su padecimiento no es cura -- ble. Por lo que se deducen las condiciones de un control -- insuficiente por parte del sistema de atención.
4. Diversos factores encontrados en condiciones desfavora -- bles, tales como la vivienda, la proporción de personas -- por habitación, la presencia de animales domésticos, lo -- cual es propiciatorio de procesos infecciosos que afecta -- negativamente la evolución de la diabetes mellitus.
5. Las características de la dinámica familiar estudiada -- mostraron en cuanto al papel de la esposa un 80% con ----

roles favorables para la atención del enfermo.

6. Por otra parte las condiciones del estado civil de los pacientes se encontraron en un porcentaje importante en -- situación desfavorable, ya que uno de cada cinco no tiene pareja predominando en el sexo femenino y por causa de --- viudez.

7. el 20% de los pacientes asegurados presentó evidentemen te complicaciones ya que fué necesario extenderles incapacidad en un monto de 6 a 8 días en promedio para cada ---- paciente incapacitado.

8. Como factor de influencia negativa se encontró que la - población enferma, solamente el 7.3% realiza algún deporte, el 20% alguna actividad recreativa y el 73% no lleva a --- cabo ninguna de las actividades antes mencionadas. lo cual obviamente favorece las complicaciones de caracter cardio-vascular y de exceso de peso.

10. Las características del estado nutricional adquiere --- enorme importancia dado que cómo se muestra en la pobla -- ción estudiada sólo un tercio se encontro en normopeso y , los dos tercios restantes con sobre peso, predominando el -- segundo grado. Esto significa un mal control por parte del sistema de atención e insuficiente comprensión del proble -- ma por parte del paciente; y consecuentemente presentar -- condiciones de mayor riesgo para la evolución de complica -- ciones.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

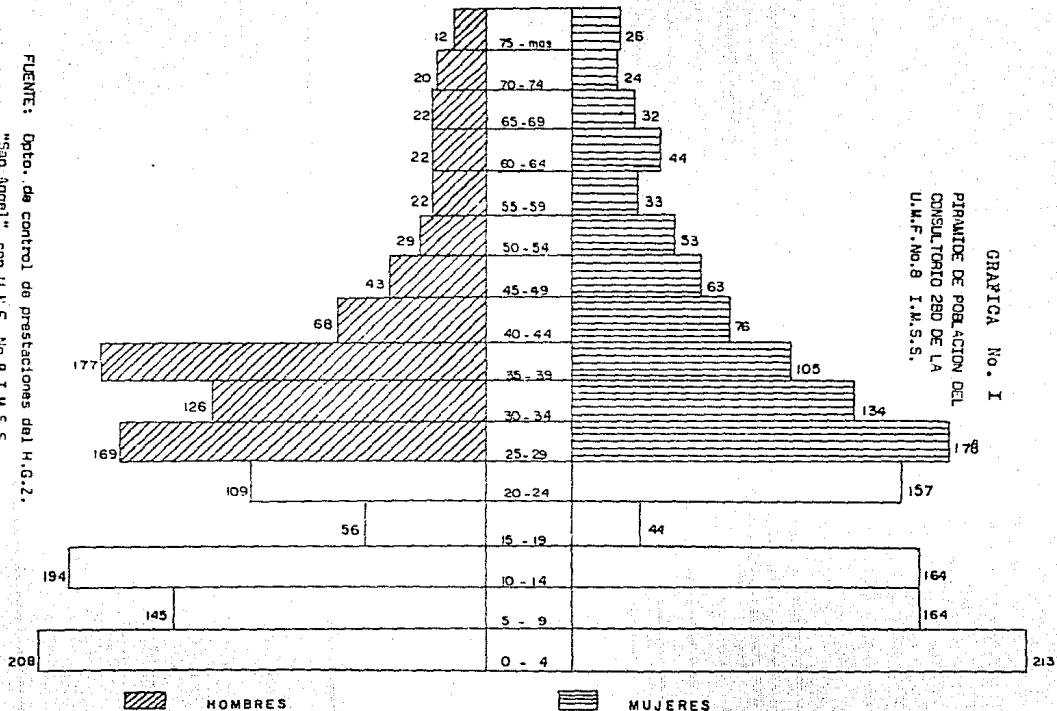
1). Las Instituciones de Seguridad Social e Asistencial a través de la promoción para la salud, debe seguir cuatro fundamentos básicos, en la diabetes mellitus: a) medicación, b) ejercicio, c) dieta y d) educación médica.

2). Por lo que el Médico familiar debe de agregar al concepto biológico-individual de la enfermedad, el carácter social porque señala una vertiente de explicación del proceso salud-enfermedad sobre bases más científicas.

3). El amplio sistema de manejo que se establece en el paciente diabético, debe de partir, de la conceptualización de que las características socio-económicas del grupo familiar influyen directamente sobre la morbi-mortalidad del paciente diabético, y su expresión en la esfera individual no niega su causalidad social.

4). En la medida que se emprenda el análisis de las condiciones colectivas de salud, y la importancia de comprender la salud y la enfermedad en cuanto a proceso de la colectividad, sólo así, podremos comenzar a plantear una práctica médica esencialmente distinta a la que conocemos hoy.

GRAFICA No. I
 PIRAMIDE DE POBLACION DEL
 CONSULTORIO 280 DE LA
 U.M.F. No. 8 I.M.S.S.



FUENTE: Opto. de control de prestaciones del H.G.Z.

"San Angel" con U.M.F. No. 8 I.M.S.S.

Marzo de 1993

(22)

CUADRO No. 1

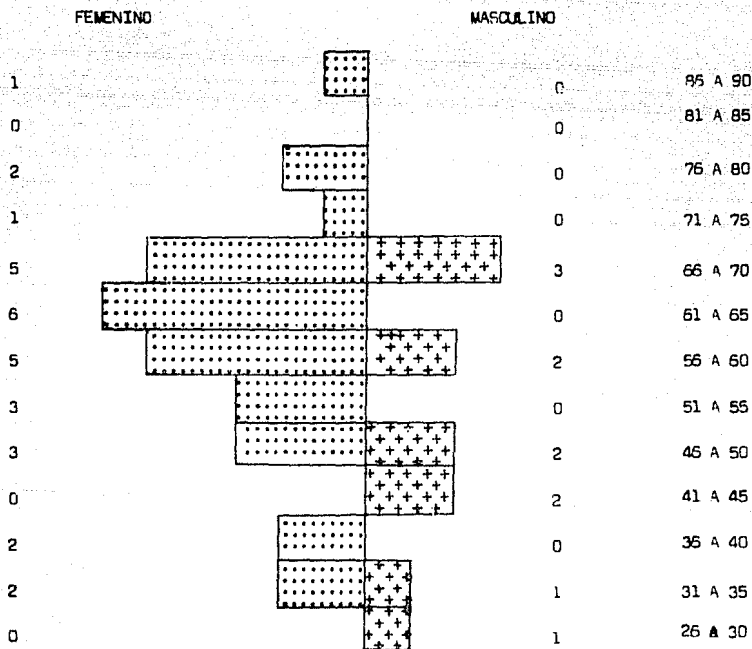
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. no. 8 SAN ANGEL

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	MASC.	FEMEN.	T O T A L	
	No.	No.	No.	%
26 A 30	1	-	1	2.4
31 A 35	1	2	3	7.3
36 A 40	-	2	2	4.8
41 A 45	2	-	2	4.8
46 A 50	2	3	5	12.0
51 A 55	-	3	3	7.3
56 A 60	2	5	7	17.7
61 A 65	-	6	6	14.6
66 A 70	3	5	8	19.5
71 A 75	-	1	1	2.4
76 A 80	-	2	2	4.8
81 A 85	-	-	-	-
86 A 90	-	1	1	2.4
TOTAL	11	30	41	100

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 280
Del H.G.Z. No.8 "San Angel" I.M.S.S.
Formateo elaborado anexo.

GRAFICA No. 2
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z. No.8 SAN ANGEL
 DISTRIBUCION POR GRUPOS DE
 EDAD Y SEXO



FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 BD
 del H.G.Z. No.8 I.V.S.S.
 Formato elaborado anexo.

CUADRO No. 2

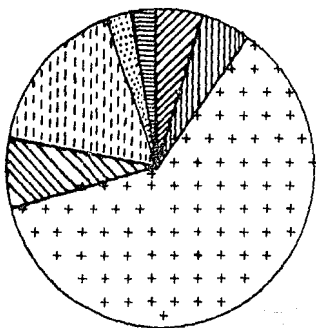
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

ESTADO CIVIL	No.	%
CASADO CIVIL	2	4.8
CASADO IGLESIA	2	4.8
CASADO CIVIL E IGLESIA	25	60.9
UNION LIBRE	3	7.3
VIUDO (A)	7	17.6
DIVORCIADA (O)	1	2.3
SEPARADO (A)	1	2.3
TOTAL	41	100

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 BD
del H.G.Z. No.8 I.M.S.S.
Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 3
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO

ESTADO CIVIL



CASADO CIVIL (4.8%)

UNION LIBRE (7.3%)



CASADO IGLESIA (4.8%)

VIUDO (17.6%)



CASADO CIVIL E IGLESIA (60.9%)

DIVORCIADA (0)
(2.3%)



SEPARADO (A)
(2.3%)

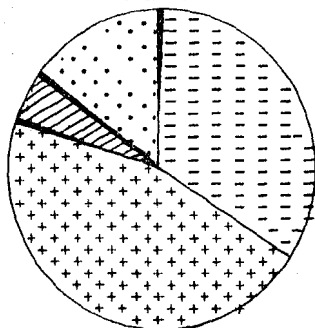
CUADRO No. 3
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

ESCOLARIDAD	No.	%	OCUPACION	No.	%
ANALFABETAS	14	34.2	OBRAERO O EMPLEADO	10	24.4
PRIMARIA	19	46.3	PROFE SIONALES	5	12.2
SECUNDARIA	2	4.9	CAMPESINO	1	2.4
ESTUDIOS SUPERIORES	6	14.6	HOGAR	25	61.0
TOTAL	41	100	TOTAL	41	100


FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio
 2^{do} del H.G.Z. No.8 I.M.S.S.
 Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 4
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z. No. 8 SAN ANGELO


ESCOLARIDAD



 ANALFABETAS (34.2%)

SECUNDARIA (4.9%) 

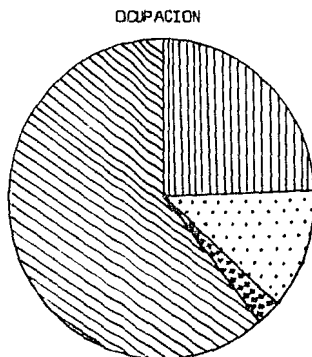
 PRIMARIA (46.3%)

ESTUDIOS SUPERIORES (14.6%) 

OBrero O EMPLEADO
 (24.4%)



PROFESIONISTAS
 (12.2%)



 CAMPESINO
 (2.4%)

 HOGAR
 (61.0%)

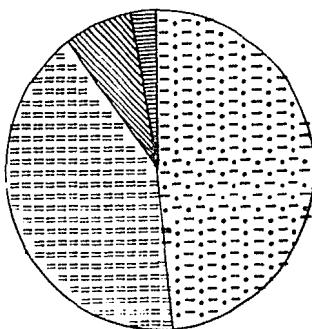
CUADRO No. 4
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z. No.8 SAN ANGEL
 INGRESO MENSUAL FAMILIAR

INGRESO	FRECUENCIA	%
SALARIO + MINIMO	20	48.8
25 % MAYOR	17	41.5
50 % MAYOR	3	7.3
100 % MAYOR	1	2.4
TOTAL	41	100

* Salario mínimo en el D.F. al momento del estudio
 660 pesos nacionales diarios
 FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 BD
 del H.G.Z. No.9 I.M.S.S.
 Formato anexo

GRAFICA No. 5
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z.No.8 SAN ANGEL

INGRESO



SALARIO MINIMO (48.8%)

25% MAYOR (41.5%)



50% MAYOR (7.3%)

100% MAYOR (2.4%)



CUADRO No. 7

FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

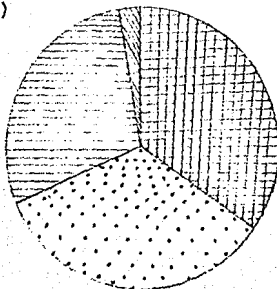
VIVIENDA			TENENCIA		
T I P O	No.	%	HABITACION	No.	%
C A S A S O L A	14	34.1	PROPIE TARIO	23	56.0
DEPARTA M E N T O	14	34.1	ALQUILADA	17	41.5
VECINDAD	12	29.3	PRESTADA	1	2.5
CHOSA	1	2.5	T O T A L	41	100
TOTAL	41	100			

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 60
del H.G.Z. No.8 I.M.S.S.
Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 8
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z.No.8 SAN ANGEL
 VIVIENDA

VIVIENDA (29.3%)

CASA SOLA (34.1%)



CASA (2.5%)

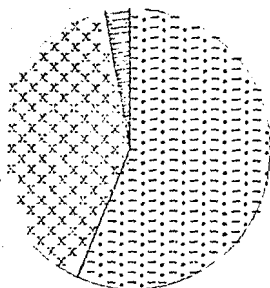
DEPARTAMENTO (34.1%)

TENENCIA

PROPIETARIO
 (56.0%)

ALQUILADA
 (41.5%)

PRESTADA
 (2.5%)



CUADRO No. 8
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

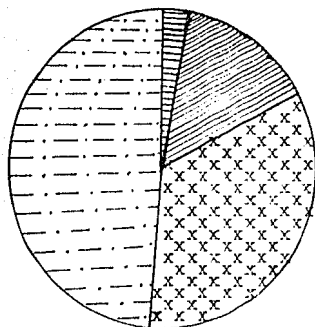
No. DE CUARTOS

CUARTOS	FRECUENCIA	%
UNO	1	2.4
DOS	6	14.7
TRES	14	34.1
MAS DE TRES	20	48.8
TOTAL	41	100

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 BD
del H.G.Z. No.8 I.M.S.S.
Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 9
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

No. DE CUARTOS



UNO (2.4%)

DOS (14.7%)

TRES (34.1%)

MAS DE TRES (48.8%)

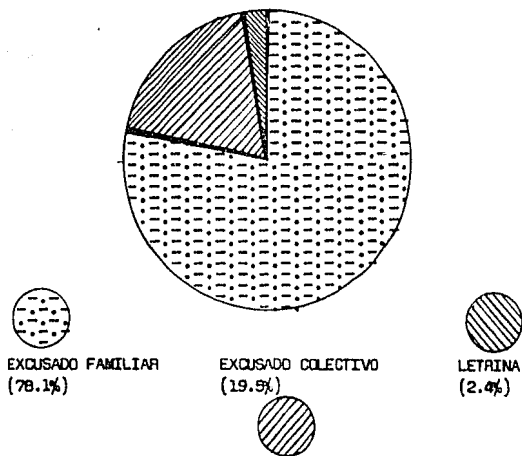
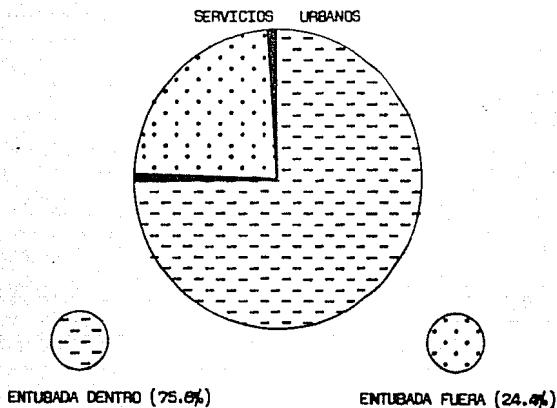
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

SERVICIOS URBANOS

A G U A	No.	%	EXCRETAS	No.	%
ENTUBADA DENTRO DE LA CASA	31	75.6	EXCUSADO FAMILIAR	32	78.1
ENTUBADA FUERA DE LA CASA	10	24.4	EXCUSADO COLECTIVO	8	19.5
TOTAL	41	100	LETRINA	1	2.4
			TOTAL	41	100

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio
2 ED del H.G.Z. No.8 I.M.S.S.
Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 10
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z.No.8 SAN ANGEL



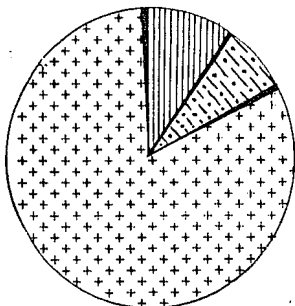
CUADRO No. 10
**FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z. No.8 SAN ANGEL**

SERVICIOS URBANOS
 Y
 FAUNA DOMESTICA

FAUNA	No.	%	BASURA	No.	%
A V E S	9	19.5	TIRA A LA CALLE	4	9.7
G A T O S	6	13.0	LA QUEMA	3	7.3
PERROS	13	28.3	RECOLECCION ORGANIZADA	34	83.0
NEGADOS	18	39.2	TOTAL	41	100
TOTAL	46	100			

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 BD del H.G.Z. No. 8 San Angel I.M.S.S.
 Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 11
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z.No.8 SAN ANGEL



TIRA A LA CALLE (9.7%)



LA QUEMA (7.3%)



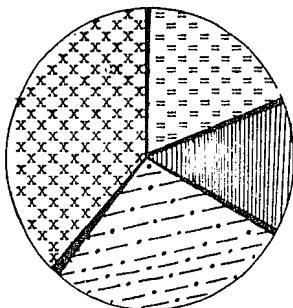
RECOL. ORGANIZADA (83.0%)



NEGADOS (39.2%)



AVES (19.9%)



PERROS (28.3%)



GATOS (13.0%)

CUADRO No. 11
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

ROL DE LA ESPOSA

R O L ⁺⁺	No.	%
ESPOSA COMPAÑERA	12	29.3
ESPOSA COLABORADORA	8	19.5
ESPOSA MADRE	21	51.2
TOTAL	41	100

++ El rol fue tomado tanto a las pacientes estudiadas como a las esposas de los pacientes estudiados.

FUENTE: Paciente diabético del consultorio 2 BD del H.G.Z. No.8 --- SAN Angel I.M.S.S.
Formato elaborado anexo.

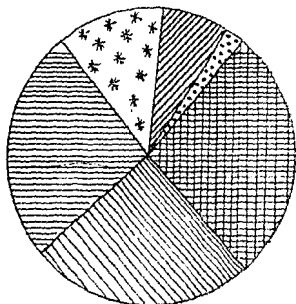
CUADRO No. 12
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL
FASES DE LA FAMILIA

F A S E S	FRECUENCIA	%
SOLTERIA	4	7.0
MATRIMONIO	1	2.0
EXPANSION	15	27.0
DISPERCION	14	25.5
INDEPENDEN CENCIA	14	25.5
RETIRO Y MUERTE	7	13.0
TOTAL	55	100

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 BB
 DEL H.G.Z. No.8 I.M.S.S.
 Formato elaborado.

GRAFICA No. 13
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No. 8 SAN ANGEL

FASIS DE LA FAMILIA



RETIRO Y MUERTE (13.0%)



INDEPENDENCIA (25.5%)



DISPERCION (25.5%)

SOLTERIA (7.0%)



MATRIMONIO (2.0%)



EXPANSION (27.0%)



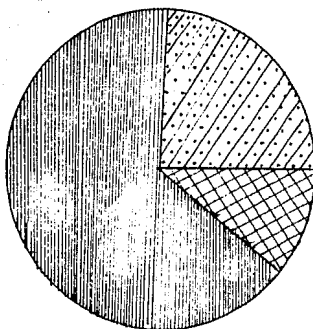
CUADRO No. 13
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z.No.8 SAN ANGEL


TOXICOMANIAS	No.	%
TABAQUISMO	11	23.8
ALCOHOLISMO	5	11.0
NEGADO	30	65.2
TOTAL	46	100


FUENTE: Pacientes diabeticos del
consultorio 2 ED del H.G.Z.
No.8 I.M.S.S.
Formato elaborado anexo.


GRAFICA No. 14
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z.No.8 SAN ANGEL

TOXICOMANIAS




TABAGUISMO
(23.8%)


ALCOHOLISMO
(11.0%)


NEGADO
(65.2%)

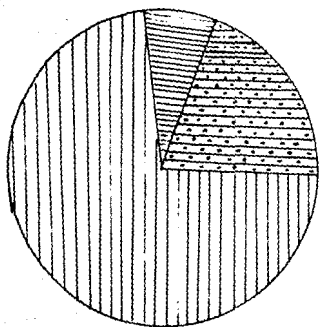
CUADRO No. 14
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

USO DEL TIEMPO LIBRE

ACTIVIDAD	No.	%
DEPORTE	3	7.3
RECREACION	8	19.5
SEDENTARISMO	30	73.2
t o t a l	41	100

FUENTE: Pacientes diabéticos del
 consultorio 2 80 del H.G.Z
 Mo. B I.M.S.S.
 Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 15
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
USO DEL TIEMPO LIBRE



DEPORTE
(7.3%)

RECREACION
(19.9%)

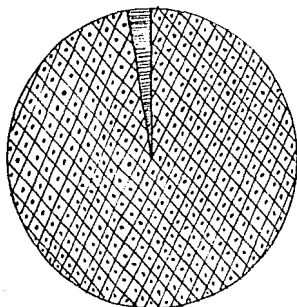
SEDENTARISMO
(73.2)

CUADRO No. 15
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

ES CURABLE	No.	%	FUENTE DE LA INFORMAC.	No.	%
S I	4	9.8	MEDICO	40	97.5
NO	37	90.2	PARAMEDICO	1	2.5
TOTAL	41	100	OTROS	0	0
			TOTAL	41	100

FUENTE: Pacientes diabéticos del consultorio 2 B0
 del H.G.Z.No.8 San Angel I.M.S.S.
Formato elaborado anexo.

GRAFICA No. 16
 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
 EN EL PACIENTE DIABETICO
 H.G.Z.No-8 SAN ANGEL



FUENTE DE LA INFORMACION



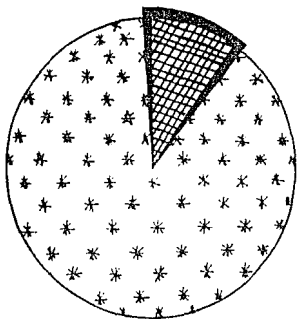
MEDICO
(97.5%)



PARAMEDICO
(2.9%)

OTROS
(0%)

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD SI ES CURABLE O NO



ES CURABLE (9.8%)



NO ES CURABLE (90.2%)

CUADRO No. 16
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No.8 SAN ANGEL

**INCAPACIDADES EN LOS
 ULTIMOS SEIS MESES**

**DIAS HOSPITALIZADOS EN LOS
 ULTIMOS SEIS MESES**

NUMERO	No.	%	NUMERO	No.	%
TRES A SIETE	3	7.3	UNO A TRES	0	0
MAS DE SIETE	1	2.4	MAS DE TRES	3	7.3
NINGUNA	37	90.3	NINGUNO	38	92.2
TOTAL	41	100	TOTAL	41	100

FUENTE: Pacientes diabeticos del consultorio 2 ED del
 H.G.Z. No. 8 San Angel I.M.S.S.
 Formato elaborado anexo.

ESTA VEZ NO DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 17
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES
EN EL PACIENTE DIABETICO
H.G.Z. No. 8 SAN ANGEL

ESTADO NUTRICIONAL

GRADOS	HOMB.	MUJER.	No.	%
SOBRE PESO DE PRIMER GRADO	3	7	10	24.4
SOBRE PESO DE SEGUNDO GRA DO.	1	15	16	39.1
SOBRE PESO DE TERCER GRA DO.	-	1	1	2.4
NORMOPESO	4	10	14	34.2
TOTAL	8	33	41	100

FUENTE: Pacientes diabeticos del consultorio
280 del H.G.Z. No.8 SAN ANGEL
Formato elaborado anexo.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento estadístico que se le dio al presente estudio fué en base a la pirámide de población adscrita al consultorio 2HD. La muestra total correspondió a 2932, --- siendo 1422 masculinos y 1510 femeninos. La muestra seleccionada fué de 41 pacientes diabéticos, correspondiendo a 11 pacientes del sexo masculino y 30 al femenino.

Los resultados se obtuvieron por medio de la "t" de --- Student y grados de libertad ($^{\circ}L$).

Los resultados fueron:

Para el sexo masculino fué de --- 0.667 comparado con los grados de libertad encontrados en la tabla de la "t" de Student que fué de 1.28; con una --- confiabilidad de la hipótesis alterna (H_1), y 10% de error encontramos que la "t" de Student (0.667) cayo dentro del rango de los grados de libertad ($^{\circ}L$) de 1.28. Por lo que --- la hipótesis nula (H_0), se rechaza y la hipótesis alterna es aceptada como real estadísticamente.

Se tomaron como población masculina 698 en (N_1) y como muestra 11 (N_2); encontrándose la media (\bar{X}_1) de la pobla --- ción con valor de 69.8 y la muestra (\bar{X}_2) de 2.2. La des --- viación standard (S_1) de la población masculina fue de --- 30.25 y de la muestra de 53.3, con lo cual se obtienen los resultados y referidos.

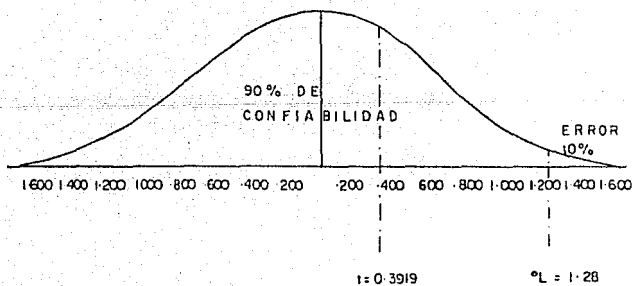
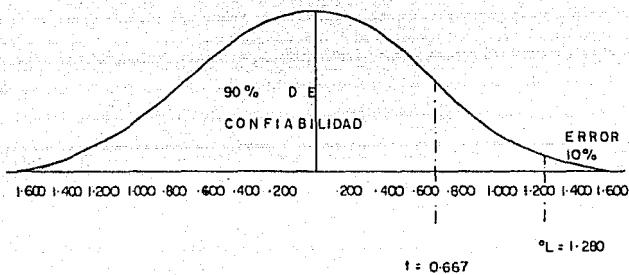
Para el sexo femenino 742 en (N1) y como muestra 30 (N2), la media (\bar{X}_1) de la población 74.2 y la de la muestra (\bar{X}_2) de 4.5. La desviación standard (S1) de la población 35.45 y de la muestra (S2) 33.85 ---- obteniendo los resultados ya referidos.

Se agregan las fórmulas para la "t" de Student y grados de libertad ($^{\circ}L$):

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2}}} \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)$$

$$^{\circ}L = N_1 + N_2 - 2$$

Ver gráficas



B I B L I O G R A F I A

1. Alberti, M.K.; Natrass, M.: CETOACIDOSIS DIABETICA GRAVE. Clin.Med.N.Amer. Ed.Interamericana. Vol 4: 819. 19878.
2. Cerda, O.: "DIAGNOSTICO DE LAS ALPERACIONES EN LA DINAMI--- CA FAMILIAR" Memorias de las III jornadas de Med.Fam. ---- Torreón Coahuila, México 1980. p 127-133.
3. Días, L.J.A.: DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA ZONA "SAN ANGEL" - I.M.S.S 1982. Comunicación verbal.
4. Etzwiler, D.D.: ENSEÑANZA QUE REQUIERE EL DIABETICO. Clin.- Med.N.Amer. Ed.Interamericana. VOL 4: 877,1978.
5. Fanghanel, S.; y Cols.: Rev.Med.Hosp.Gral.Méx. VolXLVI (3): 77, 1983.
6. Leñero, L.: LA FAMILIA. ANUES, 1976: pp 69-78
7. Marshal, N.R. : JUVENILE DIABETES MELLITUS. Family Pshisi- cian. VolXXV (1) 139, 1982.
8. Memorias del XI curso panamericano para graduados:"Diabetes Mellitus en Medicina "eneral", México,D.F. 28-IV-80.
9. Marco Conceptual del proceso Salud-Enfermedad Necesidades Esenciales en México. COPLAMAR. Ed.Coplamar S XI. 1982.
10. Prado, V.R.: HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS. --- Rev.Fac..ed."ex. Vol XXIV (10): 16-36 1981.
11. Quezada, O.F.: EL PRECIO DEL NEOLIBERALISMO SE PAGACON LA- SALUD DEL PUEBLO. Med.Moderno. Vol XXI (11) , 1983.
12. Quezada, O.F.: LA PATOLOGIA DE LA POB ESA EN EL TERCER --- MUNDO. Med.Moderno. Vol XXI (8):11, 1983.

13. Rifkin, H.: POR QUE CONTROLAR LA DIABETES. Clin.Med.N.-
Amer. Ed. Interamericana. Vol 4:767. 1978.
14. Schneider, L.J.: DIABETIC NEUROPATHY. Am.Fam.Physician.
Vol XXV (1) Jan. 1982.
15. Tapia, J.R.: NIVEL DE VIDA Y SALUD. FacMed.UNAM.Mex. --
No.10. 18. 1982.
16. Timio, M.: Clases sociales y enfermedad. 3Ed. México, --
Nuev: Imagen, 1981: pp11-29.
17. Wishener, J.W.: O'Brien, D.M.: DIABETES Y FAMILIA. Clin.
Med.N.Amer. Ed. Interamericana. Vol 4: 869. 1978.
18. Zubirán, S.; y Cols.: HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES --
MELLITUS. Rev.Fac.Med.Mex. junio(17): 5-48, 1974.