

11226

24. 88



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 75

Jefatura de Enseñanza e Investigación

**" EL ABANDONO SOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRONICO DEGENERATIVAS "**

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

presenta

DR. CARLOS LOPEZ CASTELLANOS



Cd. Netzahualcóyotl, Méx. D. F. 1987

FALLA DE ORIGEN



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 está 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

I N D I C E

	PAGINA
I	INTRODUCCION 1
II	MATERIAL Y METODOS 17
III	RESULTADOS 19
IV	DISCUSION Y COMENTARIOS 27
V	CONCLUSIONES 31
VI	BIBLIOGRAFIA 33
VII	ANEXOS :
	CUESTIONARIO 35
	EVALUACION 37
	GRAFICAS 38

INTRODUCCION.

Siete de la mañana, la ciudad despierta neurótica, febril, ruidosa. En un pequeño jardín una persona de edad media-avanzada se recrea con cientos de palomas que baten sus alas en el atrio de una Iglesia.

Este hombre es uno de los cinco millones de personas de este país que portan una o más enfermedades crónico degenerativas, que sufren --marginación familiar y social; un elevado porcentaje experimenta sentimientos de inutilidad, angustia, aislamiento e indiferencia. Tal vez pasó la noche fuera de casa, en una banca o quizá salió temprano impulsado por la necesidad y hambre, más que por costumbre. Otras veces encamado en casa sin poder moverse o en la cama de un hospital, sin nadie que le tienda la mano y que se preocupe por él.

Viendo este tipo de pacientes, nació en mí la idea de saber algo más de ellos e intentar hacer conciencia de todas las personas que a diario nos cruzamos en su camino y que de alguna forma podemos hacerles más aceptable su existencia.

De las enfermedades crónico degenerativas sabemos que continúa dentro de las primeras diez causas de morbimortalidad a nivel nacional y que han sido estudiadas desde el punto de vista biologicista exhaustivamente, es por eso que decidí darle un enfoque social, y que a continuación describo tal como se dió.

Enfermedad Crónico Degenerativa implica, una alteración prolongada de alguna función orgánica o psicológica del individuo que modifica -- las capacidades para desempeñar adecuadamente un rol y que además es de tipo progresivo.(1)

La Enfermedad Crónico Degenerativa, que abarca un gran campo-- en cuanto a causas de morbi-mortalidad en nuestro medio, se considera - un problema Ideosincrático, que altera fundamentalmente la psicodinamia familiar, además de considerarse un factor externo adverso, que altera - las funciones familiares: Afecto, Reproducción, Cuidado, Socialización y Estatus. (2)

Los grupos familiares con este tipo de enfermedades se desorganizan con facilidad, al modificarse sustancialmente sus relaciones Interpersonales y sociales. Cuando la persona afectada es el jefe de familia, como en la mayoría de los casos sucede, hay una repercusión importante - en todos los aspectos y en nuestro medio fundamentalmente en el de Ingreso económico, lo cual representa una limitante en todos los aspectos de los miembros de la familia, además dificultad para garantizar cuidados necesarios y consecuentemente adecuados a cada uno de los integrantes - del núcleo familiar y en forma importante al portador de la Enfermedad Crónico Degenerativa, asimismo, éste último debe ajustar sus necesidades personales y sociales, para que sean congruentes con la realidad de su -- capacidad física y psíquica. (1).

Si un enfermo logra adaptarse a una Enfermedad Crónico Degenerativa, debemos tomar en consideración aspectos muy importantes, y de --

manera muy arbitraria la podemos definir como: "Aquella persona que sobrevive con una enfermedad"; prácticamente esto significa que el sujeto continúa con vida, pero con una serie de funciones disminuidas y que inexorablemente es progresivo hasta que el deceso se hace presente.

Este tipo de pacientes difícilmente se sienten bien a pesar del tratamiento que reciban y que tienen que aprender con dolor e incomodidades, en estos casos es muy importante el aspecto médico con su psicoterapia de apoyo, el grupo familiar y el mismo paciente para lograr los objetivos del tratamiento médico y no médico a largo plazo. (3).

El Médico Familiar, es el médico capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral primaria y continua del individuo, su familia, y por lo tanto no sólo se concreta a tratar el proceso salud-enfermedad. La atención médica que ofrece, cubre aspectos biológicos, psicológicos y sociales, además trata de estudiar al individuo, dentro del marco familiar, esto último es lo que nos hace diferentes de otros especialistas, que con frecuencia se concretan al estudio individual del sujeto exclusivamente en el binomio salud-enfermedad. Todo esto llevado a la práctica es el aspecto más importante en el manejo de los pacientes que son portadores de Enfermedades Crónicas Degenerativas. (4).

Ahora, con respecto a datos históricos de lo que representan este tipo de enfermedades debemos saber, que el hombre es el único ser que sabe es mortal. La posesión del secreto de la existencia de una cruel matemática que gobierna sus días, lo convierte en un ser que, en cierto

modo, se ha salido de la naturaleza. Trátese de una verdad cruel e ina
ceptable, que se opone de una manera radical al instinto de conservación
 del hombre. De ahí que intente desterrarla de su conciencia y, también,
 que sea la principal fuerza generadora de la religión y la filosofía. Ente
rra el hombre a sus muertos con ofrenda para los dioses y vanamente les
 implora que le otorguen ese precioso don que sólo ellos poseen: La inmor
talidad.

Los más esotéricos sabios de la antigua China dedicaron sus esfuer-
 zos a prolongar sus propias vidas y las de sus discípulos. Se dice que --
 uno de ellos, Wei Po Yang, en el siglo II D.C., fue el originador del --
 concepto de la piedra filosofal, un material dotado a la vez de la propie-
 dad de convertir el plomo en oro y de prevenir el envejecimiento. (10)

Recordemos el caso histórico de Ponce de León, viejo y lastimado
 por antiguas heridas, oyó decir en las Antillas que en una región poco --
 alejada existía una isla maravillosa "donde brotaban inexhaustas las ninfas
 del rejuvenecimiento, restauradoras de energías perdidas y de dolencias -
 añejas". Con el beneplácito no desinteresado de los reyes Fernando e -
 Isabel, exploró afanosamente la isla misteriosa en busca del mágico ma--
 nantial pero ¡Oh decepción! a pesar de haber bebido en muchas fuentes -
 tuvo que renunciar, desilusionado, a sus anhelos.

A universal codicia de rejuvenecimiento, respondían también el eli-
 xir de vida y la piedra filosofal tan ávidamente buscados por los alquimís-
 tas medievales. ¡Que esperanza es la de poseer la piedra filosofal. Sos

tenerse en infalible salud corporal, en constante vigor y tranquilidad de la mente, preservándolos hasta que, alcanzada avanzada edad, llegara el momento en que, sin lucha ni enfermedad, cuerpo y alma se separen!

Todo lo mencionado hasta este párrafo, no son más que fantasías - que se han heredado de generación en generación y de sociedad a sociedad, pero volviendo al tema de las enfermedades que nos interesan, nos damos cuenta que van muy frecuentemente de la mano con la ancianidad y con la esperanza de vida. En 1950, de acuerdo a los datos de las Naciones Unidas, había aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo, en 1975 aumentó a 350 millones, se calcula que serán 590 en el año 2000 y 1100 millones en el año 1025 y, con respecto a la esperanza de vida de 36.8 años para los hombres y 38.2 para las mujeres en 1930; a 62.3 y 66.1 en 1980 respectivamente. Por otro lado la tasa de mortalidad general se redujo de 25.6 a 6.4 por cada 1000 habitantes de 1930 a 1979. (11)

Todos estos datos mencionados son importantes para los pacientes - portadores de Enfermedades Crónicas Degenerativas, ya que se asocian - frecuentemente y hasta un 70% de todos los ancianos que existen presentan algún tipo de estas enfermedades.

En 1973 el Centro de Estadística Sanitaria del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. publicó un análisis en el que es posible apreciar cuántos años más podrían vivir los habitantes de ese país, si llegaran a eliminarse algunos de los padecimientos que figuran en lugar prominente como -

causa de muerte (Neoplasias, Diabetes Mellitus, Hipertensión, Neumopatías, etc.). Si quedaran eliminados todos esos males que acortan la existencia del hombre, muchos de ellos originados por su manera de vivir o por factores de tipo ambiental, la duración media de la vida aumentaría 22.5 años en promedio (9). La medida aritmética de la edad al sobrevenir la muerte sería de 92.5 años para el hombre y 97.5 para la mujer. La predicción hecha por algunos optimistas del Siglo XIX de que, gracias a los avances de la medicina, se lograría que el hombre alcanzara una edad de 150 a 200 años, fue descabellada y cada vez es más aparente -- que lo más que se puede esperar de la medicina y de la higiene es que el histograma de las duraciones máximas de la vida se vuelva cada vez más "Gaussiano", con un modo de 75 a 80 años y que su cola correspondiente a edades menores se acorte. Un ejemplo de lo mencionado nos dice que si quitáramos a dos de las enfermedades con mayor índice de mortalidad como son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, la expectativa del promedio de vida avanzaría solamente a 85 años.

Hemos observado hasta aquí, qué tan importante han sido y son las Enfermedades Crónico Degenerativas. A continuación no intentaremos -- describir cada una de ellas, ya que esto representaría gran cantidad de literatura, simplemente nos concretaremos a describir su importancia epidemiológica en un panorama actual, e involucrando solamente a las Enfermedades Crónico Degenerativas que fueron escogidas para la realización de este estudio.

Llama la atención que las tasas de mortalidad por Enfermedades Crónicas Degenerativas se han incrementado, aunque no en igual proporción que el descenso experimentado por las enfermedades transmisibles y no transmisibles desde 1970 al 81, así en 1970, las principales enfermedades Crónicas Degenerativas representaron 18.7% del total de fallecimientos registrados - en el país para 1981, dicho porcentaje aumentó a 32.4%.

Cada uno de los padecimientos considerados incrementó su proporción con respecto al total de fallecimientos, y el aumento más importante correspondió a las enfermedades de corazón. A continuación revisaremos por separado las distintas categorías de padecimientos crónico degenerativos importantes en el país e incluido en el presente estudio.

a).- Enfermedades Cardiovasculares (incluidas en el estudio las siguientes: Hipertensión Arterial Sistémica, Fiebre Reumática, Enfermedad Isquémica). Diferentes estudios epidemiológicos coinciden en señalar que la Hipertensión Arterial es un padecimiento común, pues afecta al 15-20% del total de la población adulta, como se sabe representa además un importante factor de riesgo de aterosclerosis y contribuye, de modo decisivo, a elevar la morbi-mortalidad por enfermedades cardiovasculares, entre ellas car dio patía is qu émica y enfermedad cerebrovascular. (15)

Además, algunos estudios de vigilancia prolongada de pacientes hipertensos, demuestran que la esperanza de vida disminuye cuando hay cifras de presión arterial elevadas en forma sostenida. (16)

En México, durante el período comprendido entre 1970 y 1981, las tasas de mortalidad por enfermedad isquémica de corazón y cerebrovascular fueron hasta cinco veces mayores que la debida a hipertensión; sin embargo, es válido suponer que un gran número de fallecimientos atribuidos a aquellas, seguramente tuvieron como determinante causal a la hipertensión.

A partir de los 45 años de edad, la enfermedad cerebrovascular y el infarto al miocardio ocupan un lugar preponderante como causa específica de muerte. En este caso la hipertensión también desempeña un papel relevante, para ser factor de riesgo de ambos padecimientos. Algunos estudios transversales efectuados en México indican cifras de prevalencia de hipertensión en adultos, que varía de 10 a 29.2%. (15)

Con respecto a la fiebre reumática, es la cardiopatía más común entre los 5 y 15 años de edad, donde representa hasta un 8% de los consultados a esta edad, y es la principal fuente de cardiopatías en la edad adulta, ya que en forma inicial es muy raro que la detectemos después de los 40 años, asociado frecuentemente en la edad adulta con enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial y con enfermedades isquémicas miocárdicas, sin embargo lo incluimos en este mismo párrafo ya que es parte de las enfermedades cardiovasculares.

b).- Cáncer (En este estudio sólo incluido cáncer de pulmón, cáncer de próstata y cáncer cérvico-uterino). De lo más común en nuestro medio, en 1962 estos 3 prototipos de cáncer maligno tuvo una tasa de 34.8 por 100,000 habitantes; fue en esa fecha cuando se iniciaron las ac-

ciones programadas de lucha contra el cáncer en México. En 1970, los tumores mencionados representaron el 2.8% del total de defunciones ocurridas, y en 1981 dicho porcentaje aumentó a 39.4 %; las tasas aumentaron de 37.6 a 39.4 por 100,000 habitantes. Por este comportamiento y por las tendencias señaladas, es claro que el cáncer seguirá en ascenso y continuará siendo un importante problema de salud en este país. Si tomamos en consideración los factores de riesgo conocidos en el cáncercervicouterino (promiscuidad, multiparidad, no circunscripción, etc.), mientras no los modifiquemos tendremos una elevada incidencia, y lo mismo sucede con el cáncer de pulmón en donde la contaminación ambiental y el uso del tabaco condicionan en mayor proporción que la población general, la presencia de este tipo de neoplasia, que cada vez es más común en nuestro medio. (16)

c).- Cirrosis Hepática Alcohol-nutricional: para darnos cuenta de la importancia que tiene en nuestro país, daremos la siguiente cifra: 1970: 11,182 muertes; 1981: 14,902 muertes; en el lapso de 1956 a 1981, este padecimiento se ha relacionado con una mortalidad estable; durante los últimos años ha permanecido dentro de las primeras 10 causas principales de muerte. El análisis del comportamiento de la cirrosis hepática, por grupos de edad, revela que en 1977 y 1980 ascendió la mortalidad por esta causa en los grupos de 35 a 64 años, en algunos grupos, fue notable el incremento; en los de 35 a 64 años, ocupa uno de los dos primeros lugares como causa de muerte. (15)

Diferentes estudios hechos a lo largo de los años y más recientemente, se han obtenido cifras estadísticas significativas en donde nos damos -

cuenta, que aproximadamente en el 50% de los casos se asocian con desnutrición. (13)

México como uno de los países de mayor consumo de bebida alcohólica y con predisposición a estados de desnutrición por la condición socio-económica, tiene una de las cifras más altas a nivel mundial, con respecto a esta enfermedad. (10)

d).- Diabetes Mellitus: Es de las enfermedades más conocidas desde tiempos inmemoriales, de las más difundidas a nivel mundial y en - - nuestro país no representa la excepción, pues estudios transversales nos dicen que la prevalencia de diabetes mellitus fluctúa entre 2% al 5%, y son estudios que se han hecho con grupos seleccionados, así como en la población abierta, y por lo tanto es confiable esta cifra en mayores de 25 años de edad.

Desde que la información sanitaria se presenta en México la Diabetes Mellitus figura ya entre las 10 principales causas de mortalidad. En 1981, año en que se produjo un 4.6% del total de muertes por todas las causas, aparece en octavo lugar con 15,430. (15)

A partir de los 45 años de edad, la diabetes mellitus es causa importante de morbi-mortalidad, sobre todo en la edad de 55 a 64 años de edad, incluso la información disponible indica que en dicha edad es la primera -- causa de morbi-mortalidad.

De los 25 años de edad en adelante, la diabetes mellitus muestra - una tendencia ascendente en todos los grupos etarios, y se cuenta entre - -

las principales 20 causas de muerte y de consulta en las unidades de atención médica. (11)

Este tipo de enfermos, están predispuestos a una serie de complicaciones agudas, como son el coma cetoacidótico, el coma hiperosmolar y la hipoglicemia, así como complicaciones crónicas secundarias a un mal control, fundamentalmente de tipo circulatorio a nivel orgánico, pero a nivel social es mayor la repercusión si el paciente portador de la enfermedad crónico degenerativa es el sostén familiar, o uno de los más activos dentro de la dinámica de la familia.

e).- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: En este punto la definición de esta enfermedad es la siguiente: es un síndrome que agrupa a una serie de entidades, bronquitis crónica obstructiva, enfisema pulmonar, bronquiectasias y asma, cuya característica común es la limitación crónica del flujo aéreo, que se objetiva mediante pruebas de función respiratorias (17).

Bronquitis crónica obstructiva-tos productiva o espectoración durante más de 90 días al año y más de 2 años consecutivos, no explicable por otra enfermedad y que se acompaña de una limitación crónica del flujo aéreo.(18)

Enfisema: Aumento de los espacios aéreos, pulmonares, situados -- más allá del bronquiolo terminal, acompañándose de destrucción de paredes alveolares. (16)

Asma bronquial: Estrechamiento difuso de la luz bronquial de intensidad rápidamente variable y que en ocasiones cede espontáneamente o con -- tratamiento. (20)

Bronquiectasias: Dilatación permanente y anormal de los bronquios y que se acompaña generalmente de una importante hipersecreción de mucosa bronquial. (21)

Aunque todavía hay irregularidades en la notificación de mortalidad por esta causa, los datos conocidos revelan una tendencia ascendente; en los últimos 15 años, se ha mantenido dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad general, para darnos una idea vemos que en 1977 las muertes fueron de 8 mil y en 1981 ascendió en forma importante hasta 11,500, y con respecto a hospitalización se observa que ocupó el cuarto lugar en los principales hospitales de México. (16)

f).- Insuficiencia Renal Crónica: Enfermedad de origen generalmente secundario a otros procesos, dentro de las primeras 20 causas de mortalidad general, ascendente en los últimos años y uno de los padecimientos más agresivos que terminan rápidamente con la vida de nuestro paciente.(15)

DECISIONES SOBRE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS.

Los logros obtenidos en el campo de la tecnología, la extraordinaria mejoría de la atención hospitalaria que deriva de estas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los procesos súbitos, que hasta hace mucho tiempo conducían a la muerte, han generado situaciones que obligan a un nuevo enfoque acerca de la forma de tratar a los pacientes, víctimas principales de estas circunstancias, así como a las víctimas secundarias, que son los familiares.

Es posible en la actualidad prolongar la vida de un ser en calidad de vegetal durante muchos años. Lo hemos padecido y vivido muchos de nosotros. Esto ha condicionado y limitado exclusivamente por la capacidad económica del paciente o del Estado. Este fenómeno es injusto, inhumano, egoísta y, a mi manera de ver, falso de compasión y caridad.

El momento de morir debe ser escogido por el individuo. Sólo él sabe las necesidades físicas, económicas y morales que causa a la familia. Esto que se dice fácilmente es difícil de aceptar y expresar en terminología jurídica, en cuanto puede haber repercusiones a terceros. (14)

La ciencia médica actual se enfrenta a decisiones extremadamente difíciles y graves al tratar a individuos que de antemano sabemos que están condenados irremediablemente a morir. Sabemos que cometerlos a equipos y medidas de sostén, tales como respiradores, hemodializadores, marcapasos,

etc., implica un problema muy serio. El paciente puede requerirlos en forma permanente. La decisión para suspender el uso de estos equipos en estos pacientes es sumamente difícil para familiares, médicos y el personal que atiende al paciente. Estos tratamientos son empobrecedores, las más de las veces para la familia, la cual se ve obligada a sostenerlos sin tener idea de la duración ni de cuándo se verá obligada a cubrir los altos costos de este tipo de atención médica. (7)

Mucho se ha discutido acerca de cuál debe ser la conducta ética ante procesos irremediables. Surgen siempre quienes citan como regla "primero no dañar" atribuido incorrectamente al juramento hipocrático, quien en realidad mencionaba y recomendaba que al tratar a un paciente, si se ignoraba o se desconocía el mal, no intentar tratamientos que pudieran ser perjudiciales por no estar indicados. En 1969, en el Parlamento Británico en Acta de Eutanasia Voluntaria, la cual tiene el propósito de administrar la eutanasia a las personas que lo requieran por tener un mal irremediable y para estos fines solicitan la inducción de la muerte en forma indolora. Y dice: "Si en algún momento fuere víctima de una enfermedad grave o de una lesión que dentro de lo razonable se juzgue irremediable y que cause malestar serio o me obligue a ser incapaz de tener existencia racional, pido que se administre la eutanasia en el momento en que lo solicite o si no me es posible tomar la determinación, confiando en la buena fe y la ética de mi médico, cuando él lo juzgue conveniente. En caso de presentar las condiciones antes mencionadas, pido que no se me apliquen medidas que prolonguen mi vida o me vuelvan a la conciencia. Esta declaración de

be respetarse a menos que yo la invalide, lo cual puedo hacer en el momento que quiera..."

Este punto de vista anotado en párrafos anteriores y que definitivamente involucra a los pacientes con Enfermedades Crónicas Degenerativas, tiene el médico que meditarlo y referirse a los principios de comprensión y compasión para los pacientes en fase terminal. Compasión para aquellos - que son presos de un mal irremediable, generador de molestias constantes e incontrolables. Comprensión ante los procesos asociados con la dignidad humana. Cuando nos referimos a la compasión, lo hacemos pensando en la falta de caridad o humanidad de mantener con vida a un paciente, con pérdida de control de sus funciones vitales, o con dolor constante, o con imposibilidad de manifestar su voluntad a los demás. Las razones que validan la compasión se basan en la decisión personal acerca del momento en que se desea dejar de vivir. El paciente no debe ser sujeto a un tratamiento al cual no se le ha consultado. (12)

Quienes no creen en el derecho de la eutanasia, piensan que es una violación de la teoría judeo-cristiana de no ser dueños de nuestro destino y, por lo tanto, el médico debe ordenar la aplicación de técnicas que le prolonguen la vida, sin embargo el paciente tiene derecho a decidir y el médico, con ética, decidir cuándo es posible utilizar técnicas para prolongar la vida, estas decisiones ante la ley son catalogadas como criminales, pero uno se pregunta ¿es criminal ayudar a un ser querido a que deje de sufrir; o el temor a sufrir una pena corporal y permitir que una criatura estimada, un amigo o un semejante permanezca semanas, meses o años, perdiendo su dignidad, atormentado y mutilado por la enfermedad?

En estos momentos actuales el médico debe estar consciente de lo que implica prolongar la vida de un paciente. Si existe una probabilidad razonable que sobreviva a una enfermedad, todo está justificado. Si se está consciente de que no va a sobrevivir y que no hay manera de saber cuánto tiempo estará vivo mediante técnicas y tratamientos de alta especialización, debe pensarse lo que significa en sufrimientos para el paciente y en depauperización para la familia, debe pensarse en la carga económica para la familia del paciente y la repercusión social y familiar que esto representa.

No confundir los siguientes términos: Nuestro paciente, que irremediablemente va a fallecer, debe ser tratado con el mínimo de medidas que le prolonguen la vida. Con el máximo de medidas que le permitan estar cómodo, aún cuando signifique dosis tóxicas de agentes tranquilizantes, analgésicos u otros. El mínimo de estudios dolorosos. Ningún estudio doloroso para fines académicos o que sirvan exclusivamente para diagnóstico. No permitir maniobras de resucitación, en síntesis: tratar a nuestro paciente como deseamos nosotros ser tratados.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizaron para la realización de este trabajo, textos, guías, revistas editados tanto en español como en inglés de reconocido prestigio en el ámbito médico y que aparecen citados en la bibliografía, este material en focado básicamente a las enfermedades crónico degenerativas y también de gran ayuda tesis recepcionales; de este material se seleccionaron algunos párrafos que están íntegramente copiados, así como resúmenes de los aspectos más importantes de los capítulos leídos e incluidos en los antecedentes científicos en forma ordenada para una mejor comprensión.

Mencionado lo anterior, pasaremos a realizar una breve descripción de cada uno de los aspectos que están incluidos en este estudio:

a).- Con respecto a las variables:

- Variable dependiente: la evolución de las enfermedades crónico degenerativas.
- Variable independiente: el abandono social.

b).- Tipo de estudio realizado:

- Prospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

c).- Universo de trabajo utilizado:

- Paciente con enfermedades crónico degenerativas captados en el servicio de Urgencias del Hospital General de zona No.25, del Instituto Mexicano del Seguro social.

d).- Criterios de inclusión:

- Pacientes portadores de las siguientes enfermedades crónico degenerativas: Diabetes mellitus tipo II, Cirrosis hepática con datos de hipertensión portal, enfermedad cardiovascular de más de 10 años de evolución

e insuficiencia renal en fase de diálisis o hemodiálisis.

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes captados en el servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 25.
- Mayores de 30 años de edad.

e).- Criterios de Exclusión:

- Pacientes no portadores de enfermedad crónico degenerativa.
- Pacientes con evolución de enfermedad crónico degenerativa, menor de 10 años en: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares y pacientes con cáncer no metastásico, con insuficiencia renal sin procesos dialíticos o pacientes con cirrosis sin hipertensión portal.
- Pacientes captados fuera de la zona de influencia del Hospital General de Zona No. 25
- Pacientes de edad menor a los 30 años de edad.

f).- Criterios del grupo control:

- Los pacientes con enfermedad crónico degenerativa actuaron como su propio control.

g).- Procedimiento para obtener la muestra:

- Tomando en consideración que el número de pacientes captados en el servicio de Urgencias de la Clínica No. 25 anualmente registrados, es de 4,472, utilizando métodos estadísticos, el cálculo de la muestra fue de 232 pacientes.

R E S U L T A D O S

GRAFICA No.1 En esta gráfica está representado el objetivo del estudio, en donde observamos lo siguiente: de los 232 pacientes entrevistados y la relación que guardan con respecto al abandono social, nos damos cuenta que 43 personas que representan el 18.53% del total, viven igual que las personas con otro tipo de enfermedades e incluso que las personas normales, de acuerdo al puntaje obtenido, las catalogamos como personas sin abandono social. Su calificación de 5 a 20 puntos.

De los 232 pacientes, 69 de ellos o sea el 29.74% reunieron de 25 a 40 puntos, lo cual representa un abandono social leve, que conlleva al inicio de la marginación de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

El abandono social moderado, es el tipo más común, ya que aquí se encuentran el mayor número de pacientes, 78 personas del total que representan el 33.62% con una calificación de 45 a 60 puntos, a esta altura como podemos ver, ya existen francas limitaciones en la forma de actuar y de vivir de este tipo de pacientes.

Con respecto al abandono social severo o total con un puntaje de 65 y más, como resultado tenemos un total de 60 personas, lo cual representa un 18.10% que de acuerdo a los demás tipos es el menos común, pero el más grave, ya que nos damos cuenta que los pacientes con enfermedades crónico degenerativas muy pocas personas o en ocasiones nadie se preocupa por ellos.

GRAFICA No. 2 Representativa solamente del sexo del total de los pacientes entrevistados en donde observamos 123 personas o sea un 53.01% y 109 hombres para un 46.98%, lo que nos conduce a deducir que la relación de los pacientes portadores de enfermedades crónico degenerativas en total es aproximadamente de 1 a 1.

GRAFICA No. 3 Representa la situación laboral y por lo tanto el ingreso económico de los pacientes, graficamos a ambos sexos ya que como observamos de las personas entrevistadas un 49.31% o sea 114 pacientes y todas del sexo femenino, están dedicadas a labores del hogar, sin remuneración económica, lo que aunado al tipo de enfermedad que es portadora lo limita en forma importante a un desenvolvimiento de tipo social adecuado.

En el 15.08% para 35 pacientes, la actividad laboral que llevan a cabo es de tipo obrero, en donde se percibe remuneración económica y que por lo tanto, independientemente de la cantidad obtenida, tiene un mejor papel familiar y social que las que no perciben este tipo de recursos.

El tercer punto es con respecto al desempleo, todos sabemos que persona que no es productiva es marginada en nuestra sociedad y gran parte de estas personas son las portadoras de enfermedades crónico degenerativas, como podemos observar el 11.63% o sea 27 personas se encuentran sin empleo y por lo tanto su situación familiar y social es la más crítica de todas.

El pensionado ocupa el 9.05% con un total de 21 personas, que representa a los sujetos que no pueden o que ya no son capaces de desempeñar

labores que comunmente realizaban ya sea por enfermedad o por edad y - que como veremos frecuentemente van asociadas, a mayor edad mayores posibilidades de enfermedad crónico degenerativa.

Los campesinos sólo 15 personas, con un 6.46%, probablemente por que en la zona de estudio es eminentemente urbana, son pocas las personas portadoras de enfermedades crónico degenerativas y de ellas la más comunmente observada es la cirrosis hepática.

En el último rubro de la gráfica, representado por otros, 20 personas para un total de 8.62%, están incluidas personas que no entran en los anteriores como son: comerciantes 4, mensajero 1, empleado 2, mecánico 3, etc., para hacer la cifra mencionada.

GRAFICA No. 4 Es otra de las gráficas que representan datos de mayor importancia con respecto a la distribución de las enfermedades crónico degenerativas, el resultado final es el siguiente:

Diabetes mellitus representa, de los 232 pacientes entrevistados, el 40.94%, para ser la enfermedad más común en nuestro medio, el total de personas fue de 95 y que es muy similar la cifra a las estadísticas que nosotros ya conocemos.

Enfermedades cardiovasculares, representan un 18.96% con 35 personas, para ser la enfermedad crónico degenerativa que ocupa el segundo lugar en causas de hospitalización en nuestra zona de influencia, donde llevamos a cabo el estudio.

Cirrosis hepática, representada por un total de 29 pacientes con un 12.05%, muy común en nuestro medio por la elevada incidencia de ingesta de alcohol y que nuestro país es uno de los mayores consumidores de este tipo de sustancias a nivel mundial.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: también es común en nuestro medio y reflejo palpable lo tenemos con los resultados obtenidos de los 232 pacientes, 29 eran portadores de esta patología para un total de 15.08%.

Cánceres malignos, son otra enfermedad que ha ido en aumento y de los más conocidos es el pulmonar, cervicouterino y cáncer de próstata; representaron el 6.89% para un total de 16 pacientes, de todos los estudios y que están representados en la gráfica.

Insuficiencia Renal Crónica, común también en nuestro medio, en este estudio representó el 8.08% con 13 pacientes, congruente con los demás resultados.

GRAFICA No. 5 Representa a la enfermedad crónico degenerativa más comúnmente observada en este estudio, en donde podemos ver que de los 95 pacientes, el 70% está representado por pacientes diabéticos sin otra enfermedad interrecurrente o asociada, es decir, en 66 personas.

La hipertensión arterial, es la enfermedad acompañante de diabetes mellitus más frecuentemente observada y aquí la observamos en 17 pacientes, lo que representa un 18%, sin embargo en estudios y literatura revisada, esta cifra en pacientes de más de 10 años de evolución es de mayor magnitud.

Diabetes Mellitus asociada a insuficiencia renal crónica, es otro -- punto de importancia, ya que frecuentemente observamos que en este tipo de pacientes es una de las complicaciones más importantes y de peor pronóstico, ya que es la que conduce en más del 50% de los pacientes a una muerte por falla de este órgano, en este estudio observamos asociación en 8%, lo cual representa 8 pacientes.

Finalmente, en los que respecta a asociación de diabetes mellitus con otras enfermedades, encontramos asociada las dos anteriores, es decir, hipertensión e insuficiencia renal en 4 pacientes, lo que representa un 4%.

GRAFICA No. 6 Las enfermedades cardiovasculares son tan comunes que a diario observamos pacientes portadores de esta patología en nuestra consulta y, ocupan de las enfermedades que ameritan hospitalización, uno de los primeros lugares. Esta gráfica nos presenta a los 44 pacientes de los 232 estudiados, en donde podemos observar a la hipertensión arterial primaria en primer lugar con 21 personas que representan el 47.7%; ameritando internamiento por presentar cifras elevadas y con signo-sintomatología de descompensación.

El 18.18% que representa a 8 pacientes, encontramos antecedentes de cardiopatía de tipo reumático, que como todos sabemos es la cardiopatía más común en la infancia y adolescencia y, que lógicamente permanece durante toda la vida del individuo, el motivo por el que se presentaron en urgencias básicamente fue por insuficiencia cardíaca secundario a la patología mencionada.

La hipertensión arterial mal controlada asociada a enfermedades cerebrovasculares como lo demuestran las estadísticas, es muy común y entre más años transcurran en un paciente hipertenso, más probabilidades tiene de presentar esta asociación, en este estudio 15.90% representado por 7 pacientes fue lo observado.

La cardiopatía reumática asociada a enfermedad cerebrovascular es más frecuente de lo que nosotros pensamos, sobretodo si la paciente es portadora de cirugía valvular, implante valvular e ingesta de anticoagulantes, representado aquí en el 6.54% con 3 pacientes.

Las enfermedades isquémicas de corazón asociadas a la hipertensión arterial de larga evolución, también se observan con frecuencia, en la gráfica 3 pacientes que representan el 6.54% de todos los estudios.

Otras enfermedades cardiovasculares asociadas, pero con menor frecuencia, tenemos a la hipertensión arterial a la cardiopatía reumática y enfermedad isquémica de corazón, que la observamos solamente en 2 pacientes que representan el 4.81%.

GRAFICA No. 7 Otro rubro importante es con respecto a la escolaridad, ya que por ser los pacientes estudiados de edad avanzada, por lo general su grado de instrucción escolar es baja. Veamos lo siguiente: de los 232

Analfabetas 121 personas, que representan 52.15%. Las personas que estudiaron alguna etapa de la primaria o primaria completa en 21, 40.94%, lo que representa a 95 pacientes, sólo 9 individuos para un 3.87% estudiaron la secundaria, la preparatoria en 2.15 de los casos, es decir sólo 5 per

sonas o pacientes que lograron llegar a un nivel superior de escolaridad sólo en el 0.86%.

GRAFICA No. 8 Includa esta gráfica como complemento de la anterior, ya que nos da una mejor descripción de la baja escolaridad de los sujetos incluidos en este estudio, podemos observar que de las 95 personas que de alguna forma llegaron a la instrucción primaria, no todas la terminaron, ya que como se describe en esta gráfica, los resultados fueron los siguientes: primero de primaria 9, para 9.47%; segundo de primaria 32, para 33.68%; tercero de primaria 9, para 9.47%; cuarto de primaria 12, para un 12.63%; quinto de primaria 3, para un 3.1% y finalmente, primaria completa 30 para un 31.57% de todos los individuos estudiados y cuya escolaridad fue sin haber finalizado o bien con primaria solamente.

GRAFICA No. 9 Representa al sexo femenino y la distribución observada de acuerdo a la edad en las 123 pacientes; el resultado fue el siguiente: de 30 a 40 años, 14 para un 11.38%; de 41 a 50 años, 13 para un 10.56%; de 51 a 60 años, 44 para un 35.72%; de 61 a 70 años, 25 para un 20.32%; de 71 a 80 años, 19 para un 15.44%; de 81 a 90 años, 9 para un 4.87% y, finalmente, de 91 a 100 años sólo 2 personas para un 1.62%. Como podemos observar es importantísimo lo que nos describe esta gráfica ya que la mayor parte de pacientes portadores de enfermedad crónico degenerativa se encuentran en una edad que las hace productivas para su familia y para la sociedad, sin embargo, el impedimento de acuerdo a la evolución y al tipo de enfermedad que es portadora, los hace que sean rechazados en este tipo de sociedad.

GRAFICA No. 10 Otra de las importantes en este estudio ya que representa al sexo masculino, por ser el proveedor familiar económicamente y además el que representa la autoridad, como podemos ver también la etapa de mayor productividad es la afectada, el resultado obtenido es el siguiente: de 30 a 40 años, 11 para un 10.1%; de 41 a 50, 28 para un 25.68%; de 51 a 60, 32 para un 29.35%; de 61 a 70, 13 para un 11.92%; de 71 a 80, 17 para un 15.57% y, finalmente de 81 a 90 años, 8 para un 7.33%.

GRAFICA No. 11 Representa la religión a la que pertenecen los pacientes y sólo se grafica en 2 rubros, católico y otros (evangélico, protestante, etc.), importante desde mi punto de vista, ya que entre más hundido en un mundo mágico religioso hay más atraso y una vida más difícil de sobrellevar. 96% católicos, 4% de otros.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Ya hemos comentado durante la descripción de las gráficas algunos importantes aspectos del trabajo realizado y sinceramente me ha llamado la atención, ya que es poco lo que realmente se escribe acerca del abandono social en los pacientes que son portadores de enfermedades crónicas degenerativas, tenemos datos concretos acerca de la elevada cifra de analfabetismo que impera en nuestra sociedad y ésta a su vez va muy de la mano con enfermedades de este tipo y que pueden prevenirse de haber tenido mejor oportunidad de haberse preparado académicamente, tal es el caso de los pacientes con cirrosis hepática, secundaria a la ingesta de alcohol, o bien en la prevención de complicaciones de hipertensión arterial o complicaciones tardías de la diabetes mellitus, que de haber tenido una educación y orientación adecuada no deberían de llegar a presentarse, o bien si éstas se presentaran, los pacientes estuvieran concientes del riesgo que conlleva tenerlas consigo y con un buen manejo de binomio paciente-médico, hacer más placentera la supervivencia del sujeto.

Otro aspecto importante observado, es con respecto a la patología presente en el sujeto, ya que a mayor tiempo de evolución más difícil su tratamiento y manejo integral, pues el saberse enfermo el paciente es rechazado familiar y socialmente, además de ser desvalorados e ignorados importantemente.

Con respecto a la condición laboral y consecuentemente en el aspecto económico, un paciente con enfermedad crónica degenerativa no es productivo y en ningún sitio digno tiene cabida, pues no son competitivos en el gran ejército de desempleados y forma parte de tantos trabajadores marginados de la producción a manera de bagazo industrial, que carecen de la posibilidad de continuar con una vida decorosa, formando parte de una minoría social abandonada a su suerte, con la esperanza arrugada esperando su incierto final. De esto si agregamos que casi en el 100% de los casos las esposas tienen labores en el hogar y que definitivamente no aportan más que su mano de obra sin remuneración, es poco en lo que contribuyen a satisfacer las necesidades básicas, un paciente con enfermedad crónica degenerativo es pensionado en el menor de estos casos y el pago a esa gran etapa de productividad es una mísera cantidad que agrava más la situación familiar cuando el pensionado es el padre de la familia y se tiene esposa e hijos que dependen de ellos.

Otro aspecto importante es la edad en que se presentan las enfermedades crónicas degenerativas, ya que como hemos observado previamente es de mayor magnitud entre los 40 y 60 años de edad, que es la etapa de mayor productividad y ésta no sólo repercute a nivel individual y familiar sino es una seria limitante en el desarrollo socio económico de nuestro pueblo.

También pudimos observar en este pequeño estudio que las enfermedades crónicas degenerativas son tan frecuentes en el sexo masculino como en el femenino.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

29.

Analizando las preguntas que les realizamos a todos y cada uno de los pacientes, nos damos cuenta que realmente son pocos los pacientes - que viven como cuando estaban completamente sanos y que una gran mayoría sufren en diversos grados de abandono social, pacientes que prefieren vivir en lugares ajenos a su hogar, que su familia se comporta agresivamente con ellos, que son marginados de las reuniones sociales, que se pierden muchos amigos y que se ganan pocos, que prefieren vivir hospitalizados porque son tratados bien, que a cualquier lugar que acuden son pocas las personas que ofrecen su ayuda, que la familia cree que se "hace" el enfermo y que realmente no lo está, son pacientes que en ocasiones son personas ajenas a la familia quien se preocupa de ellos, son - pacientes que a mayor edad y mayores complicaciones representan una carga a la familia que los tiene que cuidar y ver por ellos cada uno de los días del año; todo lo mencionado son las respuestas concretas que de labios de los propios pacientes escuchamos, en ocasiones difícil la entrevista y recolección de datos ya que en varios pacientes el llanto era más elocuente que la respuesta oral que nos podía dar.

El aspecto mágico religioso en que está inmerso la mayoría de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas es otro obstáculo difícil de superar, ya que los pacientes expresan que prefieren manejo empírico a base de otras sustancias que los fármacos creados para el control de su enfermedad y que solo "Dios" sabe cuándo terminar con la existencia del sujeto y sólo escasos individuos manifestaron tener derecho a morir en cuanto el médico o ellos mismos lo dictaminasen.

Otro aspecto importante es que a pesar del tiempo de evolución con la enfermedad crónico degenerativa en casi la totalidad de pacientes ignoran el tipo de enfermedad o enfermedades de esta índole y esto hace que sea otro obstáculo a vencer por el binomio médico-paciente.

SUGERENCIAS

- 1.- Concientizar al paciente y a su familia acerca del tipo de enfermedad que está presente, educarlos y acercarlos más para evitar disfunciones familiares, esta es una tarea para nosotros como médicos familiares.
- 2.- Mejorar la educación general de nuestro pueblo (suena utópico, pero no es imposible).
- 3.- Prevenir enfermedades a través de campañas de salud, como son: fiebre y cardiopatía reumática, cirrosis hepática, enfermedades pulmonares, atacando a los agentes primarios.
- 4.- Consejo genético en pacientes con enfermedad crónico degenerativa hereditaria como: diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- 5.- Organizar y educar a grupos de pacientes con determinado tipo de enfermedad crónico degenerativas en todo el sector salud, tal como se hace en el Instituto Mexicano del Seguro Social, evitando complicaciones.
- 6.- Proporcionar atención médica integral a todo tipo de pacientes con este tipo de enfermedad.
- 7.- Que solo el paciente decida sobre su existencia en el momento en que lo considere necesario morir o vivir con dignidad.
- 8.- Emplearlos de acuerdo a sus limitaciones y recursos de cada uno.
- 9.- Continuar estudiando a este tipo de pacientes para así poder tomar medidas tempranas y tener el menor número posible de estos casos.

ANALISIS ESTADISTICO.

SE ESPERABA EL SIGUIENTE RESULTADO:

Si χ^2 es mayor de Alfa 0.05 con un valor de 7.97, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

El resultado de nuestro estudio fue el siguiente:

χ^2 Experimental- con un valor de 17.21

lo cual es altamente significativo, rechazando hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna.

concluyendo que existe el abandono social en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Krepp NE,. Adaptations of Crónic Diseases. Postg Med 1976; 60: 122-25.
- 2.- Leñero OL,. La Familia. Serie Anales 1976; 13: 23-56.
- 3.- Teppo LS,. Cancer Incidende by lyving area, social class an ocupation. JWork Environ Health 1984; 10:361-6.
- 4.- Fingeret AL, William BM Social Performance, Social Perception and Selfperception, a study psychiatric and non psichiatric groups. Behav Modif 1985; 9:345-56.
- 5.- Islas J Alberto. Terapéutica de las alteraciones en el núcleo familiar. México: Tesis recepcional,. 1980:2-60.
- 6.- Cordova AJ, Bello LH, Zubiria AT,. Método de ayuda psiquiátrí ca familiar. Bol del Hosp l. de México 1980; 2:35-45.
- 7.- Soberón AG,. Hacia un sistema nacional de salud. Rev. UNAM. México; 1983.
- 8.- Fries JF,. Life expectancy increases, but the life span is fixed. AM J Public Healt 1982; 72-91.
- 9.- Tsal SP, Lee ES, Kautz JA,. Changes in life expectancy in the USA due to declines in mortality. AM J Epidemiol 1982; 116-76.
- 10.- Kurtzman JE, Gordon PD,. La prolongación de la vida humana 3a. ed México. Lasser Press 1982.
- 11.- Jínich H,. Límites de expectativa de vida. Gaceta médica de México 1984; 120:257-81.
- 12.- Fraga MA,. Comunicación y disonancia en medicina. Gaceta médica de México 1985:121:19-29.
- 13.- Maya M.,. Investigación sobre el apoyo familiar que reciben los ancianos que padecen enfermedades crónicas. Tesis recepcional 1985; 1:2-13.

- 14.- Singer E,. Conceptos fundamentales de psicoterapia. Fondo de Cultura Económica de México 1979; 1:63-71.
- 15.- González CA, Pérez BJ, Nieto SC,. Importancia de las enfermedades crónico degenerativas dentro del programa actual de México. Rev Salud Pública de México 1986; 28:3-13.
- 16.- González PJ, Merejo AA, Galicia RJ,. Patrones de morbimortalidad hospitalaria. Rev Salud Pública de México 1986; 28:348-53.
- 17.- Broshear RE,. Chronic obstructive pulmonary disease. Occurrent Pulmonology 1980; 1:30-38.
- 18.- Montserrat CJ, Vidal AA,. Enfermedades obstructivas crónicas. Medicine 1986; 1:804-11.
- 19.- Portilla CHE. Estadística. México: Interamericana, 1980.
- 20.- Altose MD,. Aspects of chronic airflow obstruction. Chest 1977; 72:341-42.
- 21.- West JB,. Causes of carbon dioxide retention in lung disease. N England J Med 1971; 284:232-34.

CUESTIONARIO

I.- DATOS GENERALES:

- a) Nombre: _____
- b) Edad : _____ c) Sexo: _____
- d) Ocupación actual: _____ e) Escolaridad: _____
- f) Lugar de Procedencia: _____
- g) Religión _____
- h) Tipo de enfermedad Crónico Degenerativa: _____

- i).- Cuánto tiempo tiene Ud. de estar enfermo? _____

1.- Su familia le quiere a usted igual que cuando estaba completamente sano?

(sí) (no)

2.- La familia de usted se comporta y actúa igual que cuando estaba completamente sano?

(sí) (no)

3.- Sabe usted lo que es su enfermedad?

(sí) (no)

4.- Cuando usted está o se siente mal, su familia se preocupa por usted?

(sí) (no)

5.- Cree usted que su familia en todo momento lo ha apoyado y que no lo han abandonado?

(sí) (no)

6.- Lo invitan a usted a fiestas o reuniones sociales tan frecuentemente como cuando estaba completamente sano?

(sí) (no)

7.- Su familia sabe que usted está realmente enfermo?

(sí) (no)

8.- Si usted estuviera hospitalizado, todos sus familiares cercanos lo visitarían?

(sí) (no)

- 9.- Se siente usted abandonado por su familia?
(si) (no)
- 10.- Todos sus vecinos, amigos de trabajo, compañeros, le aprecian igual que cuando estaba completamente sano?
(si) (no)
- 11.- Le gustaría convivir con personas que tengan la misma enfermedad que usted?
(si) (no)
- 12.- Cuando usted viaja en autobús, acude algún lugar y requiere que le ayuden, las personas que están a su alrededor le ayudan sin que lo solicite?
(si) (no)
- 13.- Le gusta vivir en su casa?
(si) (no)
- 14.- La atención que recibe de sus hijos, es buena?
(si) (no)
- 15.- Se siente mejor en su casa que estar hospitalizado?
(si) (no)
- 16.- Usted como persona enferma, a cualquier lugar que vaya lo tratan igual que a una persona completamente sana?
(si) (no)
- 17.- Su familia y amigos, le apoyan para que usted cuide su salud?
(si) (no)
- 18.- De las personas que más lo apoyan para que se culde y que más se preocupa por usted, es de su familia?
(si) (no)
- 19.- Su familia le dedica más tiempo que cuando estaba sano?
(si) (no)
- 20.- Cree usted que todas las personas que le rodean, por el hecho de estar enfermo, le aprecian más?
(si) (no)

EVALUACION

PREGUNTAS	CALIFICACION	
	(SI)	(NO)
1	0	5
2	0	5
3	0	5
4	0	5
5	0	5
6	0	5
7	0	5
8	0	5
9	5	0
10	0	5
11	0	5
12	0	5
13	0	5
14	0	5
15	0	5
16	0	5
17	0	5
18	0	5
19	0	5
20	0	5
TOTAL	5	95

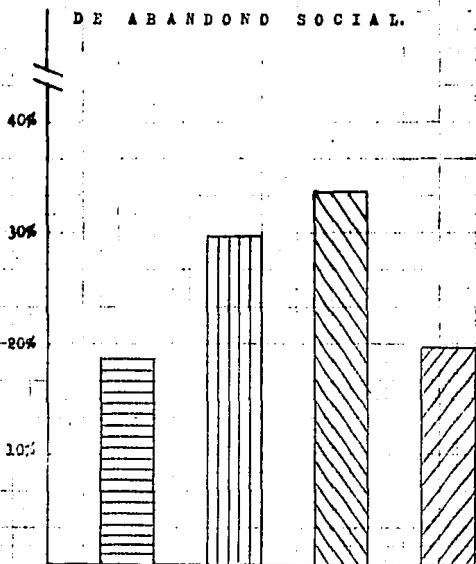
0 a 20 Puntos: No existe abandono social.

25 a 40 puntos: Abandono social leve.

45 a 60 puntos: Abandono social moderado.

65 o más: Abandono social severo o total.

GRAFICA No. 1
REPRESENTACION DEL GRADO
DE ABANDONO SOCIAL.



PACIENTES SIN ABANDONO SOCIAL



PACIENTES CON ABANDONO SOCIAL LEVE



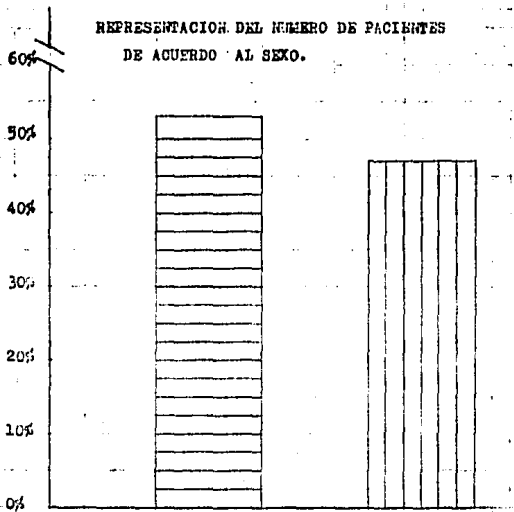
PACIENTES CON ABANDONO SOCIAL MODERADO



PACIENTES CON ABANDONO SOCIAL SEVERO O TOTAL

GRAFICA No.2

REPRESENTACION DEL NUMERO DE PACIENTES
DE ACUERDO AL SEXO.

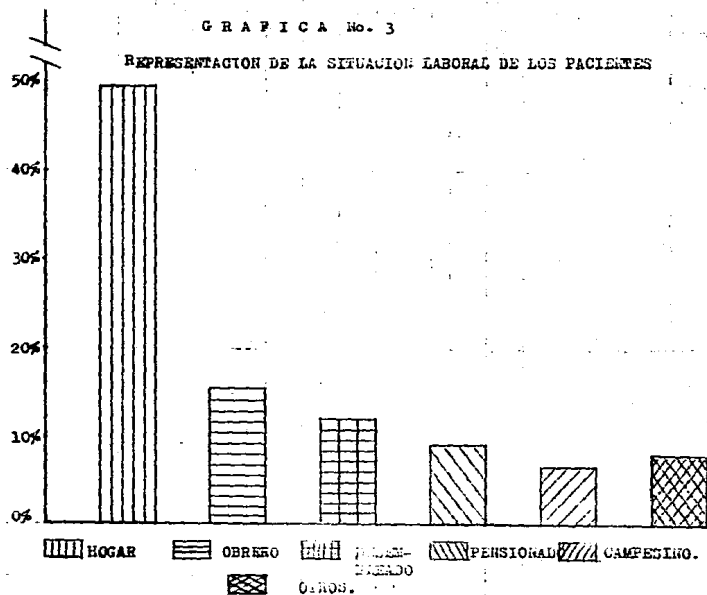


SEXO FEMENINO

SEXO MASCULINO

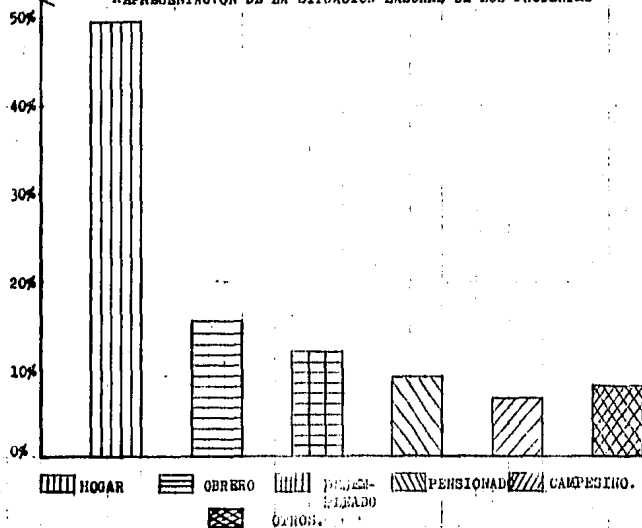
GRÁFICA NO. 3

REPRESENTACION DE LA SITUACION LABORAL DE LOS PACIENTES



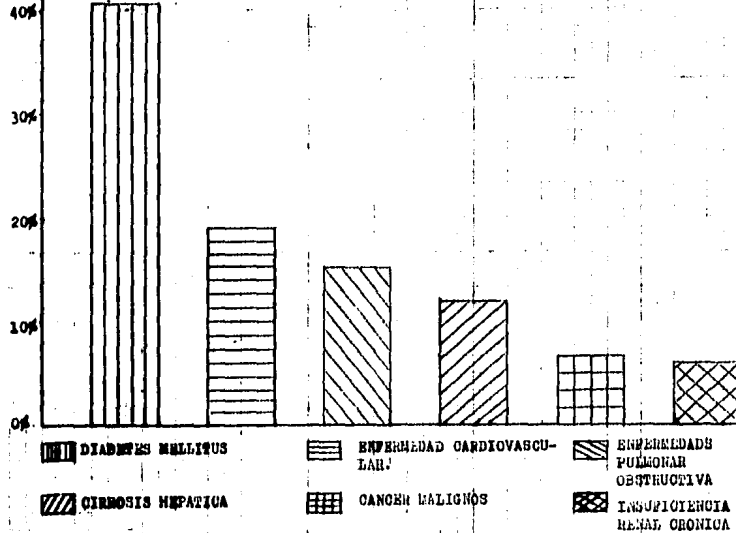
GRAFICA No. 3

REPRESENTACION DE LA SITUACION LABORAL DE LOS PACIENTES



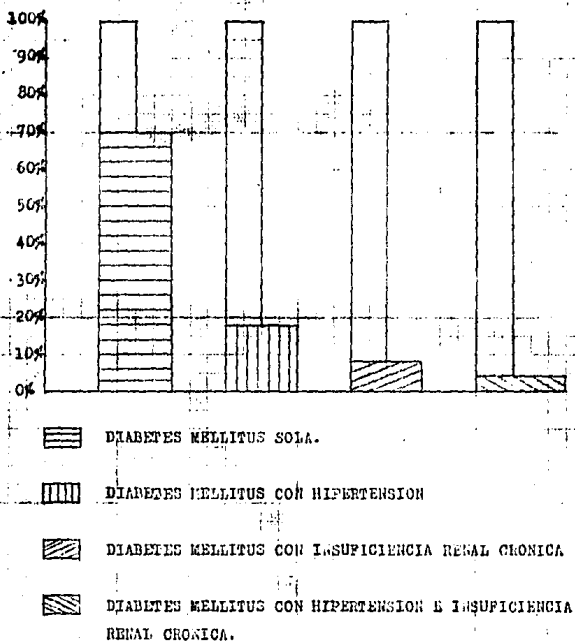
GRAFICA No. 4

DISTRIBUCION DE LAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS

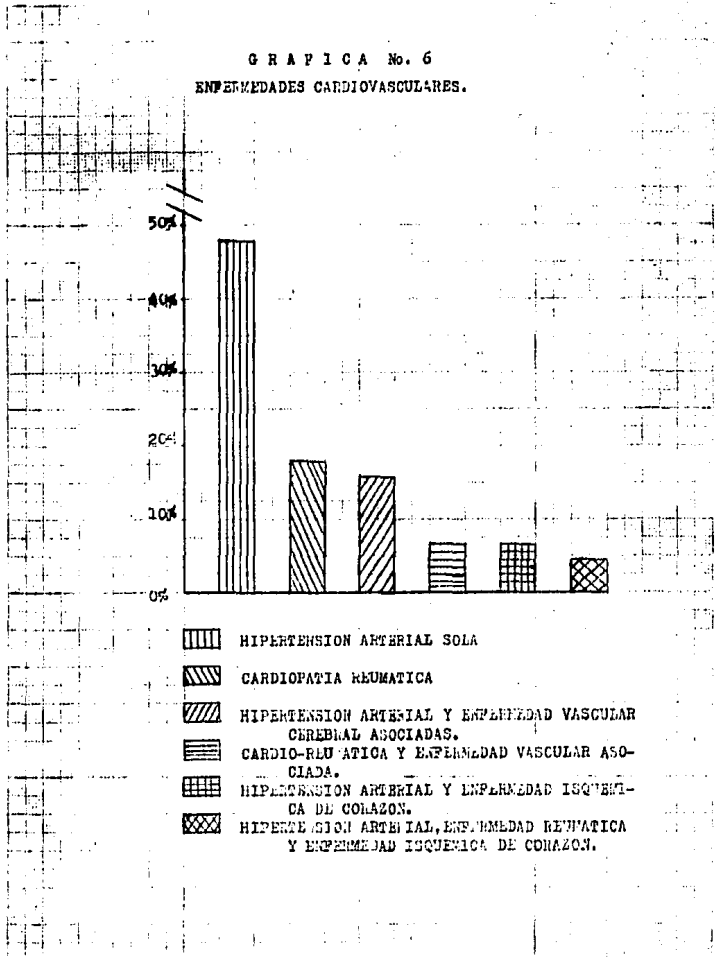


G. R. A. F. I. C. A No. 5

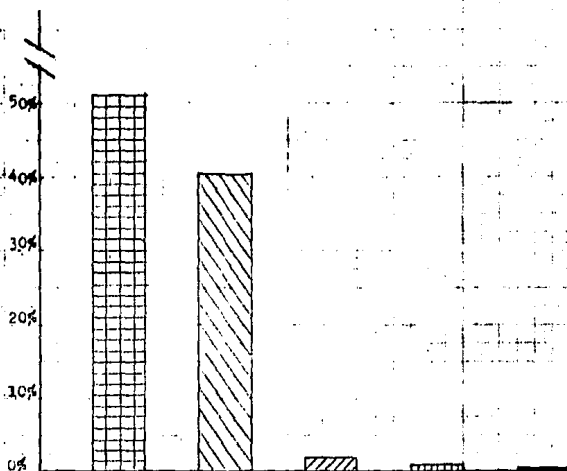
DIABETES MELLITUS ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES.



GRAPICA No. 6
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.



GRÁFICA No. 7
REPRESENTA LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES
ESTUDIADOS



ANALFABETAS.

PRIMARIA.

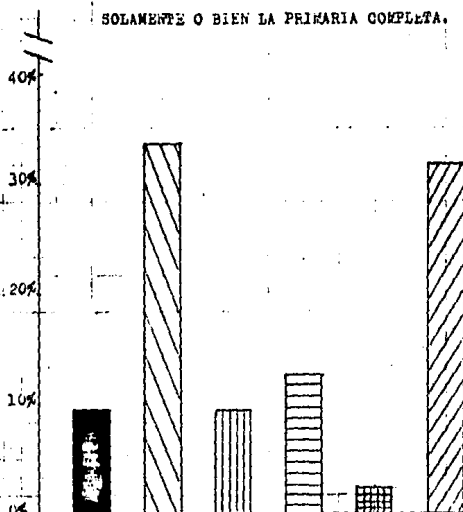
SECUNDARIA

PREPARATORIA O EQUIVALENTE.

ESCOLARIDAD PROFESIONAL.

GRAFICA No. 8

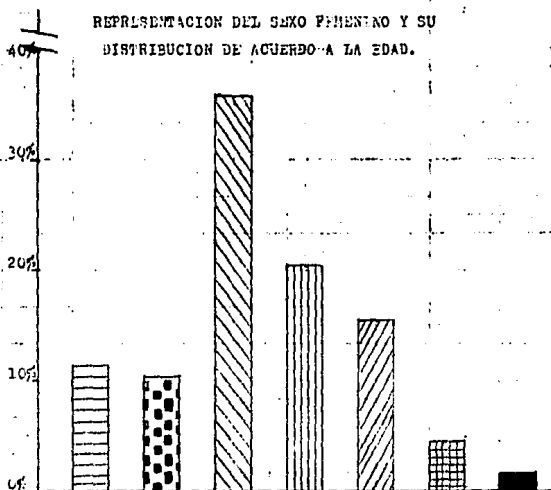
PACIENTES CUYA ESCOLARIDAD FUE UNA ETAPA SOLAMENTE O BIEN LA PRIMARIA COMPLETA.










- PRINERO DE PRIMARIA.
- ▨ SEGUNDO DE PRIMARIA.
- ▤ TERCERO DE PRIMARIA.
- ▥ CUARTO DE PRIMARIA.
- ▧ QUINTO DE PRIMARIA .
- ▩ PRIMARIA COMPLETA.

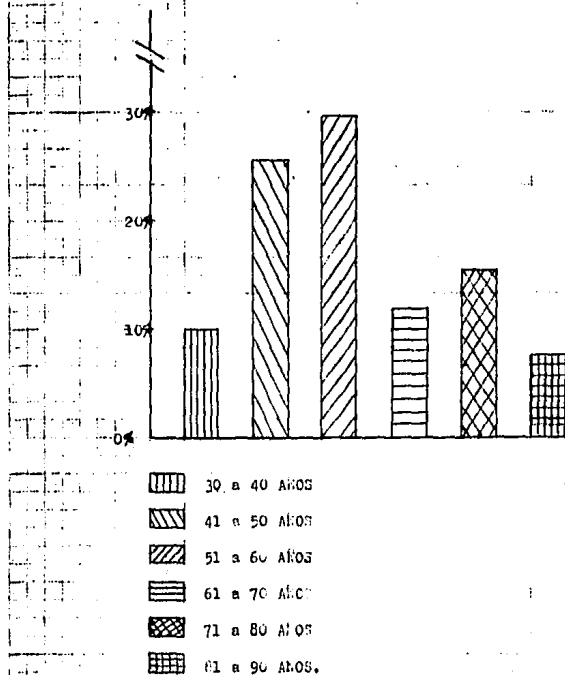
GRÁFICA No. 9

REPRESENTACION DEL SEXO FEMENINO Y SU
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD.



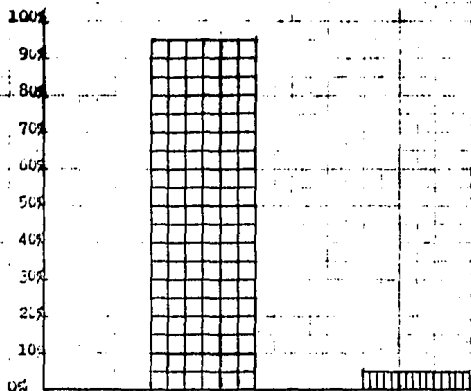
-  30 a 40 AÑOS
-  41 a 50 AÑOS
-  51 a 60 AÑOS
-  61 a 70 AÑOS
-  71 a 80 AÑOS
-  81 a 90 AÑOS
-  91 a 100 AÑOS

GRAFICA No. 10
REPRESENTACION DEL SEXO MASCULINO Y SU
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD.



GRÁFICA No. 11

REPRESENTACION DEL ASPECTO RELIGIOSO
DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.



RELIGION CATOLICA



OTROS