



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD ACADÉMICA.**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222.
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.**

TÍTULO:

**“ RELACION QUE EXISTE ENTRE EL INDICE DE POBREZA FAMILIAR Y
EL CONTROL METABOLICO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 236 EL ORO ESTADO DE MEXICO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. SILVIA PATRICIA LOPEZ MEJIA

TOLUCA, MÉXICO.

2008



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.

“RELACION QUE EXISTE ENTRE EL INDICE DE POBREZA FAMILIAR Y EL CONTROL METABOLICO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 236 EL ORO ESTADO DE MEXICO”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
DRA. SILVIA PATRICIA LOPEZ MEJIA

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES.
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222 TOLUCA, MEXICO.**

**DIRECTORA TESIS
DRA. MA. ESTHER REYES RUIZ**

**DRA. MA. DEL CARMEN GARCIA MANZANARES
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 220**

TOLUCA, MÉXICO.

2008

TÍTULO:

“ RELACION QUE EXISTE ENTRE EL INDICE DE POBREZA FAMILIAR Y EL CONTROL METABOLICO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 236 EL ORO ESTADO DE MEXICO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SILVIA PATRICIA LOPEZ MEJIA

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TOLUCA, MÉXICO.

2008

DATOS GENERALES

NOMBRE.- Silvia Patricia López Mejía

Teléfono.- (722) 2-19-19-78

Matricula.- 99160581

Email.- silpalome@yahoo.com.mx

CURP.- LOMS730220MMCPJL00

TÍTULO:

“RELACION QUE EXISTE ENTRE EL INDICE DE POBREZA FAMILIAR Y EL CONTROL METABOLICO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 236 EL ORO ESTADO DE MEXICO”

INDICE

TITULO	1
INDICE GENERAL	2
INTRODUCCION	3
MARCO TEORICO	
La pobreza como generadora de enfermedad	4
Pobreza	5
Medición de la pobreza	6
Índice de pobreza familiar	8
Diabetes mellitus en nuestra sociedad	10
Control del paciente diabético	13
METODOLOGIA	
Planteamiento del problema	15
Justificación	16
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Tipo de estudio	19
Población, lugar y tiempo	19
Tamaño y tipo de muestra	19
Criterios de selección	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de no inclusión	20
Criterios de eliminación	20
Operacionalización de variables	21
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	22
ANALISIS ESTADISTICO	24
CONSIDERACIONES ETICAS	25
RESULTADOS	26
CUADROS Y GRAFICAS	27
DISCUSION	37
CONCLUSIONES	38
SUGERENCIAS	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	
1.Cronograma de actividades	42
2.Carta de consentimiento informado	43
3.Encuesta	44
4.Hoja de recolección de datos	45

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 220**

RESUMEN

TITULO:

RELACION QUE EXISTE ENTRE EL INDICE DE POBREZA FAMILIAR Y EL CONTROL METABOLICO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 236 EL ORO ESTADO DE MEXICO

Investigadores:

SILVIA PATRICIA LOPEZ MEJIA Medico General UMF 236
MARIA ESTHER REYES RUIZ Coord. De Educación e Investigación UMF 248

INTRODUCCION.

La pobreza y la enfermedad están tan íntimamente ligadas que se retroalimentan en un proceso que amenaza literalmente con acabar con cualquier esperanza de mejoría y progreso de los pueblos. La pobreza es de origen multifactorial y multidimensional, de ahí que su conceptualización es extremadamente compleja y su definición difícil, sin embargo como fenómeno social es fácil de reconocer, se han Identificado factores que van más allá de la ausencia o falta de un ingreso adecuado, aunado a estar considerada como generadora de enfermedad

El instrumento Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF) permite realizar una medición multidimensional del problema, construido y validado para población mexicana por investigadores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México a través de variables que permiten obtener información confiable y valida para identificar con rapidez a los individuos y sus familias que incrementan sus riesgos para la salud asociados a la pobreza. Siendo uno de sus principales exponentes los pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, quienes mantienen comportamientos de riesgo que los llevan a descontrol metabólico permanente e inexorablemente a la presentación de complicaciones crónicas en etapas tempranas de la enfermedad, que van deteriorando la calidad de vida tanto del individuo como de su familia y por ende de su comunidad, repercutiendo directamente en la elevación de sus costos económicos, sociales y psicológicos.

OBJETIVO.

Determinar la relación entre el índice de pobreza familiar y el control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 en la unidad de medicina familiar 236 el Oro.

MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, se estudiarán 161 Pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 seleccionados por muestreo no probabilístico del tipo accidental a quienes se les aplicará una encuesta que consta del instrumento de medición denominado Índice Simplificado de Pobreza Familiar, así como las variables de control metabólico: IMC, Tensión arterial, glicemia, niveles de colesterol y triglicéridos sanguíneos. Los datos serán analizados con estadística descriptiva: media, mediana, moda y rango, referente a estadística analítica con la prueba Chi cuadrada para determinar la relación que existe entre ambas variables.

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 162 pacientes, en relación a la Edad el rango que obtuvo la mayor frecuencia fue de 60 a 69 años con 48 pacientes que corresponde al 29.8%, le siguen de 40 a 49 años y de 50 a 59 años con un 21.1%, de 70 a 79 años el 17.4%, de 30 a 39 años un 5.6%, de 80 a 89 años un 3.7% y en último lugar de 20 a 29 años con una frecuencia de 1.2%.

En relación con el sexo el femenino predominó con un 54.7% y un 45.3% para el sexo masculino.

El nivel de pobreza con mayor porcentaje correspondió a pobreza baja con un 46.6%, un 39.7% sin pobreza, el 13.7% con pobreza media y ninguno presentó pobreza alta. (Cuadro y Gráfica 3)

En lo referente a la glicemia el 79.5% que corresponde a 128 pacientes presentó descontrol contra un 20.5 % que estuvieron con los parámetros controlados.

En el colesterol el mayor porcentaje lo obtuvo los pacientes controlados con cifras menores de 200 mg/dl en un 52% y con un 48% son pacientes con descontrol con cifras mayores de 201 mg/dl.

En relación con los Triglicéridos el 50.9% de la población presenta cifras mayores a 151 mg/dl por lo que se encuentran en descontrol y un 49.1% se encuentran controlados con cifras menores a 150 mg/dl.

La Presión Arterial prevaleció con cifras menores a 120/79 mmHg siendo considerado como controlado con un porcentaje de 72% y el 28% con cifras mayores a 130/80 mmHg.

Para el Índice de Masa Corporal mayor de 25.1 se obtuvo una frecuencia del 82.6% y menor a 25 corresponde el 17.4%.

Se encontró que el 98.8% de los pacientes se encuentran en descontrol derivado de que uno de los parámetros metabólicos quedó fuera de rango y el 1.2% controlado cifra que corresponde a 2 pacientes.

De los 162 pacientes, 96 con pobreza presentaron descontrol metabólico y 64 pacientes sin pobreza se encontraron en descontrol metabólico. Para determinar si dicha diferencia era estadísticamente significativa se obtuvo una p de 0.089 con la prueba de Pearson.

DISCUSION.

De acuerdo a la reflexión de algunos autores principalmente de la OMS, referente a que la pobreza es la principal causa que determina el descontrol metabólico de los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, en nuestro estudio la diferencia encontrada tomando en consideración un parámetro metabólico fuera de rango (nivel de glicemia, colesterol, triglicéridos, TA e IMC) para evaluar control metabólico, con una $p = 0.89$ no podemos determinar que la pobreza sea el principal factor de riesgo.

Los principales parámetros metabólicos que determinaron el descontrol de los pacientes, recae en los resultados de los niveles de glicemia arriba de 120 mg/dl, los triglicéridos por arriba de 151 mg/dl y el IMC mayor de 25.1, tomando en consideración otras investigaciones que resaltan dichos parámetros como inherentes al tipo de alimentación prevalente en la población mexicana con predominio de carbohidratos y un estilo de vida sedentario.

CONCLUSIONES.

En lo referente a la relación que se encontró entre nivel de pobreza y control metabólico, se obtuvo el 0.089 con la prueba de Persson lo cual denota que no existe correlación entre causa-efecto.

Se puede profundizar en la relación causa-efecto si disminuimos el sesgo que tuvo la presente investigación, en lo referente al criterio para clasificar a los pacientes como controlados/descontrolados. Tomando en consideración que las recomendaciones internacionales de organismos calificados en esta patología, quienes han determinado un control estricto y cada vez con cifras menores de cada uno de los parámetros metabólicos.

Es necesario seguir con esta línea de investigación que nos ayude a esclarecer el papel que juega la distribución del gasto familiar y la jerarquización que los pacientes establecen para definirlo cuanto porcentaje corresponde a elaborar una dieta saludable.

INTRODUCCION

La pobreza y la enfermedad están tan íntimamente ligadas que se retroalimentan en un proceso que amenaza literalmente con acabar con cualquier esperanza de mejoría y progreso de los pueblos. La cual predomina en las enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión arterial, obesidad, diabetes, etc.

Entre las explicaciones que subyacen se encuentra la baja accesibilidad para consumir alimentos saludables y adecuados para su enfermedad, aunados a una educación alejada de sus necesidades individuales, quien persiste con comportamientos de riesgo que lleva al paciente a mantener un descontrol metabólico en forma frecuente. Todo ello nos lleva a la presentación de complicaciones crónicas en etapas tempranas de la enfermedad, que van deteriorando la calidad de vida tanto del individuo como de su familia y por ende de su comunidad, repercutiendo directamente en la elevación de sus costos económicos, sociales y psicológicos.

Por lo anterior es de importancia significativa para el primer nivel de atención médica, tener un control adecuado en su población diabética. En la actualidad se acepta como control adecuado de diabetes mellitus, considerando los parámetros del Síndrome Metabólico. (Glucosa plasmática preprandial, Hemoglobina glucosilada Hba1, Colesterol total, Triglicéridos en ayuno, Presión arterial, Índice de masa corporal)

MARCO TEÓRICO

LA POBREZA COMO GENERADORA DE ENFERMEDAD

Actualmente se reconoce que existe una importante relación entre el nivel socioeconómico y la salud, que rige tanto a nivel de países como de familias y personas, también es capaz de influir en forma indirecta a través de canales como la alimentación, la higiene ambiental y los lugares de trabajo mas seguros.ⁱ

En contexto global de inseguridad económica y social impacta con mayor gravedad a los grupos vulnerabilizados particularmente niños, mujeres, ancianos, discapacitados, población indígena, y en los niveles nacionales y locales, identificamos desigualdades, brechas sociosanitarias, que se expresan en desigualdades socioeconómicas, desigualdades en los indicadores de enfermedad y muerte, desigualdades en la disponibilidad, acceso y calidad de la atención a la salud.

En salud, tenemos como resultado de esta situación, como se incrementan los riesgos estructurales que tienen que ver con la condición de vida y la condición precaria de la población. Se hacen más complejos los perfiles de enfermedad y muerte, ya que tenemos patología infecciosa y carencial que no hemos erradicado, que no hemos controlado y se suma a la patología crónica, Psicotrastornos, accidentes, violencias, y nuevas y antiguas epidemias.

Debemos considerar además del envejecimiento de la población su carga de enfermedad crónica, los grupos vulnerabilizados que concentran una sobre mortalidad y una sobre morbilidad por múltiples causas (infección y degenerativas). En algún momento, hace quince o veinte años, se hablaba de las enfermedades de la riqueza y de las enfermedades de la pobreza, pero hoy hay suficiente evidencia para mostrar que son los grupos de población empobrecida, en condición socioeconómica más precaria y con menor control sobre sus vidas lo que concentran todo tipo de patologías.

Por lo que la salud es una condición necesaria para el desarrollo pleno de capacidades y potencialidades individuales y colectivas. Las evidencias en salud, los resultados negativos, los costos sanitarios y la catástrofe social que han producido las reformas que privilegian el mercado en la resolución de necesidades humanas esenciales. La salud no es una mercancía y la garantía de su atención no puede quedar sujeta a las leyes del mercado, con un estado realizado en actividades de caridad pública para pobres.ⁱⁱ

En muchas ocasiones cuando se atiende a los pacientes poco nos detenemos a pensar sobre su situación económica, se prescriben medicamentos de elevados costos sin importar que el paciente pueda o no comprarlos; se solicitan estudios en muchos casos innecesarios; se visualiza que el paciente diabético no mejora, no lleva una dieta específica o simplemente no baja de peso y no se busca qué

hay en el fondo de ese paciente difícil de controlar, quizá simplemente no tenga dinero y esté más preocupado por los problemas en casa que por su salud. La pobreza es un importante problema que afecta importantemente la salud.ⁱⁱⁱ

La salud otorga a la gente pobre la oportunidad de participar en el mercado laboral o en la producción de satisfactores. La salud es considerada la llave de la productividad. Un cuerpo sano y fuerte es una fortuna para cualquiera una enfermedad o discapacidad constituye un grave problema tanto para las personas afectadas como para los que deben brindarles apoyo. Cuando mueren o sufren de enfermedades agudas o crónicas las personas cuyo rol familiar es el de proveedores, los resultados pueden ser desastrosos para el grupo familiar.

La familia afronta no solamente una pérdida de ingresos económicos, sino que se ve comprometida a hallar el dinero para cubrir los costos de la atención médica.

Las calamidades causadas por los daños a la salud son causa de empobrecimiento. Si la salud es un tesoro y la atención de la enfermedad es una difícil carga de responsabilidades para los pobres, la promoción y protección de la salud son esenciales para el proceso de erradicación de la pobreza y para el desarrollo humano.

Existen graves problemas de salud asociados a la pobreza, tal es el caso de la infección por VIH SIDA, tuberculosis, enfermedades crónico degenerativas en primer lugar la Diabetes Mellitus.^{iv}

Diversos autores han señalado que México vive una transición epidemiológica en la que las enfermedades crónico-degenerativas (como las afecciones cardio y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y el cáncer) desplazan a las enfermedades como principales causas de morbimortalidad.^v

POBREZA

La pobreza es de origen multifactorial y multidimensional, de ahí que su conceptualización es extremadamente compleja y su definición difícil, sin embargo como fenómeno social es fácil de reconocer.

Entre los primeros intentos científicamente fundamentados por explicar las condiciones de marginación humana, están las propuestas de Marx y Engels en el siglo XIX, a partir de análisis económicos sobre la plusvalía, es decir, la ganancia extra que aportaban los trabajadores mediante la “venta” de su fuerza laboral. Simplemente interpretado, todo esto significaba que la remuneración que percibían, estaba muy por debajo del valor real de dicho aporte, pues su ingreso era mínimo para la diversidad de propósitos: alimentación, vestido, vivienda, tanto para el trabajador como para su familia.^{vi}

Desde 1992 la pobreza a sido definida por el Proyecto Regional para la

Superación de la Pobreza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) como la ausencia de satisfactores apropiados para cubrir un mínimo de ciertas necesidades llamadas básicas (alimentación, salud, vivienda, educación básica, acceso a servicios de recreación cultura, vestido, calzado, transporte público correo y acceso al teléfono). De esta forma el término pobreza tiene actualmente una aceptación universal. En los reportes del PNUD se considera que además de la pobreza, existe la llamada pobreza extrema definida como el resultado de un ingreso socioeconómico total del hogar que no es suficiente para satisfacer en forma adecuada los requerimientos nutricionales mínimos, llama la atención que este concepto incluye excesivamente los aspectos alimentarios, dejando de lado aspectos fundamentales como la vivienda y la salud.

El nivel de salud de las familias se ve afectado directamente por la pobreza, reflejándose en indicadores como la morbilidad, mortalidad, fecundidad, educación, condiciones de la vivienda e ingreso económico.^{vii}

El informe del Banco Mundial del mes de julio del 2004 denominado: La Pobreza en México: una evaluación de las condiciones, tendencias y estrategias del gobierno, así como en el informe de Gobierno del 01 de Septiembre del 2004 indican que en México había 53 millones de pobres y 71 millones según los cálculos académicos.^{viii}

MEDICION DE LA POBREZA

Para medir la pobreza se utilizan mediciones unidimensionales y multidimensionales.

La medición unidimensional se realiza a través del Método Indirecto conocido mejor como el Método del Ingreso o de la Línea de la Pobreza, el cual mide a la pobreza a través de un enfoque cuantitativo determinado por el nivel de ingreso. Su objetivo es medir a la pobreza a través de la incapacidad monetaria para satisfacer las necesidades más básicas en base a un ingreso mínimo, siendo este su limitante principal al reducirlo a un problema único de ingreso insuficiente. Por lo cual no se recomienda su uso en forma indiscriminada.

Detrás de este método subyace la idea de que la pobreza es únicamente resultado de la distribución desigual del ingreso.

En América Latina como en otras regiones pobres es más común la aplicación de este método en su variante alimentaria; porque la desnutrición es considerada un aspecto esencial de la pobreza y por lo tanto se le considera un indicador fundamental de ésta, ya que el hambre deteriora la condición humana, y en un estado severo, ocasiona daños físicos y mentales irreversibles en los seres humanos, provocándoles serios impedimentos para desarrollarse adecuadamente, lo cual se refleja en un bajo rendimiento escolar, laboral, y alta probabilidad de contraer enfermedades a lo largo del ciclo vital y hasta provocar una muerte

precoz. Razón por la cual, el método del ingreso en su variante alimentaria le concede prioridad a las necesidades alimentarias frente a otras necesidades.

Actualmente está demostrado que la pobreza es un problema ocasionado por múltiples factores que van más allá de la ausencia o falta de un ingreso adecuado. Para lo cual tiene mayor utilidad una medición multidimensional, entre los métodos que permiten identificar y cuantificar a la pobreza desde esta perspectiva, se encuentran:

Método Directo o el de las Necesidades Básicas Insatisfechas (MNBI), también conocido como el Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), tiene como objetivo medir la pobreza a partir de la insatisfacción de las necesidades básicas educación, salud y vivienda. Identifica a los pobres de una manera directa, no por la vía del ingreso sino por la carencia de no tener una vivienda de mínima calidad, vivir en condiciones de hacinamiento, no tener acceso a agua potable, no contar con servicios de drenaje, no tener acceso a la educación básica, con la inasistencia a la escuela de niños en edad escolar, con el nivel educativo, etc. Al igual que el método indirecto posee muchas desventajas y se considera como un método incompleto en la medición de la pobreza, porque no toma en cuenta otras necesidades esenciales que permiten elevar el nivel de vida, como son la alimentación, el vestido o calzado, entre otros.

El Método Integral de la Pobreza (MIP) es una aportación latinoamericana, en función de que los dos métodos anteriores (Método Indirecto, Método Directo o el de las Necesidades Básicas Insatisfechas) presentan ciertas limitaciones que impiden una cuantificación exacta de la pobreza se propuso el Método Integral que intenta reunir los puntos rescatables de los dos métodos anteriores, pero el resultado es menos confiable, porque se puede hacer una doble cuantificación de la pobreza.

El Índice Global de Pobreza (IPG) es un índice que sirve para identificar a los hogares pobres. En México, el Ejecutivo Federal a través de la Secretaria de Desarrollo Social lo emplea para distribuir los recursos del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS) del Ramo 33 entre los Estados y Municipios, considerando criterios de pobreza extrema.

Se calcula en base a cinco necesidades básicas: Ingreso per capita del hogar, nivel educativo promedio por hogar; disponibilidad de espacio de la vivienda; disponibilidad de drenaje; y disponibilidad de electricidad-combustible para cocinar. Un hogar se considera en pobreza extrema si tiene un Índice Global de Pobreza entre cero y uno.

La Masa Carencial agrega el volumen de los hogares haciendo abstracción de la insatisfacción social que presentan, a partir de la identificación basada en el Índice Global de Pobreza. La masa carencial tiene su unidad fundamental en el hogar y puede agregarse hasta el nivel nacional. Las entidades federativas distribuyen

entre los Municipios los recursos del Fondo para la Infraestructura Social Municipal, igualmente utilizando el Índice Global de Pobreza y la Masa Carencial, lo que enfatiza el carácter redistributivo de estas aportaciones hacia aquellos Municipios con mayor magnitud y profundidad de pobreza extrema.

Índice de Pobreza Humana en países en desarrollo IPH1 elaborado por el Programa de Naciones Unidas en donde se observan el hambre, el analfabetismo, las epidemias y la falta de servicios de salud o de agua potable concentrados en la medición de 3 elementos esenciales de la vida humana: A) Longevidad: este indicador se relaciona con la supervivencia y la vulnerabilidad a la muerte a una edad relativamente temprana, está representada en el IPH con el porcentaje de gente que se estima morirá antes de los 40 años de edad. B) Conocimientos: quedar excluido del mundo de los conocimientos, se mide por el porcentaje de adultos analfabetas. C) Nivel de vida decente: este indicador está representado por un compuesto de 3 variables, el acceso a servicios de salud, agua potable, y por el porcentaje de niños menores de 5 años desnutridos (con peso insuficiente).

Índice de Pobreza Humana en países desarrollados IPH 2 elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. En donde el hambre es de rara ocurrencia, la alfabetización es casi universal, al igual que los servicios de salud, la mayoría de las epidemias se encuentran controladas, y la gran mayoría de la población cuenta con agua potable. Por lo tanto en los países ricos los estudios de la pobreza se encuentran concentrados en variables como la privación de una vida larga, el conocimiento de los adultos, la pobreza de ingreso y la inclusión social medido por el desempleo de largo plazo: Longevidad: medida a través de la probabilidad al nacer de no sobrevivir a los 60 años de edad. Conocimientos: medido por la tasa de analfabetismo funcional adulto. Privación de un nivel de vida decoroso: medido por el porcentaje de la población bajo el límite de la pobreza. La inclusión social: medido por la tasa de desempleo de largo plazo (1 año o más).

El IPH 2 se calcula para todos los países de la OCDE, excepto: la República Checa, Hungría, Corea, México, Polonia y Turquía.

Es importante señalar que estos métodos representan maneras distintas de concebir a la pobreza y por lo tanto de identificarla. Según el método que se utilice dependerá el resultado.^{ix}

INDICE DE POBREZA FAMILIAR

Uno de los pilares fundamentales en la Medicina Familiar es la investigación de variables que influyen en la familia para lograr su homeostasis. En donde la pobreza repercute directamente en variables como la alimentación, salud y

educación de sus integrantes. Dentro de las investigaciones realizadas por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México se ha validado en población mexicana un instrumento que toma el mínimo de variables que resultan útiles para la práctica médica y que permitirán obtener información confiable y válida para identificar con rapidez a los individuos y sus familias que incrementan sus riesgos para la salud asociados a la pobreza.

El Índice de Pobreza Simplificado Familiar (ISPF).^{x, xi} Es un instrumento breve, sencillo en su aplicación, confiable y válido para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar.

Cuenta con 3 dimensiones que se valoran de acuerdo a cuatro variables que se miden en un rango de 0 a 3 puntos, según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)						
DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIAS DE RESPUESTA	PUNTUACION			
			0	1	2	3
ECONOMÍA	INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	< 1 SALARIO MÍNIMO				
		1 A 2 SALARIOS MINIMOS				
		3 A 4 SALARIOS MINIMOS				
		>5 SALARIOS MINIMOS				
	NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	>3 HIJOS				
		2 HIJOS				
		1 HIJO				
		NINGUN HIJO				
EDUCACIÓN	ESCOLARIDAD MATERNA	SIN INSTRUCCIÓN				
		PRIMARIA NCOMPLETA				
		PRIMARIA COMPLETA				
		POSPRIMARIA				
VIVIENDA	NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO	5 PERSONAS				
		4 PERSONAS				
		3 PERSONAS				
		1 A 2 PERSONAS				
PUNTUACION GLOBAL						

Los intervalos de puntuación para evaluar el nivel de pobreza familiar son los siguientes:

- 0-03 Sin evidencia de pobreza familiar
- 04-06 Pobreza familiar baja
- 07-09 Pobreza familiar media
- 10-12 Pobreza familiar alta

Es importante recalcar que para la población donde se realizará el estudio el salario mínimo es de \$47.60^{xii}

DIABETES MELLITUS EN NUESTRA SOCIEDAD

Los expertos atribuyen el desarrollo de la DM a una combinación de factores genéticos que predisponen al enfermo, y una serie de factores ambientales, que actúan como desencadenante de esta enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030, se prevé que haya 366 millones de diabéticos en todo el mundo, la mayoría de ellos serán DM2, alcanzando dimensiones de auténtica epidemia en los países desarrollados. Este importante incremento se atribuye principalmente al crecimiento y envejecimiento de la población, así como a la consolidación de los factores ambientales desencadenantes de la misma: la mayor frecuencia de la obesidad, la falta de ejercicio y la urbanización.^{xiii}

En nuestro país, para 1999 la incidencia de nuevos casos se calculó en 2.9 por mil habitantes; la prevalencia en el año 2000 se estimó en 10.7 % y constituyó la principal causa de muerte. Además, se ha apreciado incremento en la proporción de diabéticos menores de 40 años, con alta prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones crónicas.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayor institución pública de servicios de salud, en 2003 la diabetes mellitus ocupó el primer lugar como motivo de consulta especializada y el tercero en la consulta de medicina familiar.

La diabetes mellitus, específicamente la tipo2, representa un paradigma de las enfermedades crónicas por su abrumadora presencia y porque reúne, en una constelación expresiva compleja, una considerable diversidad: factores predisponentes y de riesgo, altas tasas de morbilidad y comorbilidad (el síndrome metabólico), manifestaciones tempranas y tardías, complicaciones y secuelas. Casi como ninguna otra enfermedad crónica, requiere la participación decidida del paciente para que los distintos tipos de intervención alcancen cierta efectividad.

Si, por otra parte, consideramos a las enfermedades crónicas como “formas de ser” particulares y diferenciadas de ciertos grupos de personas, debemos ir más

allá del ámbito de lo técnico de la enfermedad y de la salud para incursionar en el padecer, en la esfera psicosocial, en las tradiciones, en las formas de vivir, en una palabra, en lo cultural. Bajo esta perspectiva, lo que caracteriza a estas formas de ser (las enfermedades crónicas) respecto a otras que no consideramos enfermedades, son los malestares, los sufrimientos, los inconvenientes y las limitaciones de quienes las padecen.

Cómo nuestra sociedad, surcada por profundas desigualdades, donde vastas mayorías deben asegurar su sobrevivencia cada día, está en gran medida imposibilitada para desarrollar una visión y una actitud anticipatorias de su propia existencia; es decir, difícilmente puede reconocer y dar prioridad a las acciones (individuales y colectivas) que realizadas en el presente apuntan a modificar favorablemente el futuro previsible. Tal limitación con profundas raíces históricas que se encuentra en las entrañas de nuestra cultura, es un formidable obstáculo para promover cambios en la forma de ser de los pacientes diabéticos cuando la enfermedad es “silenciosa”, justamente cuando las modificaciones en los hábitos y estilos de vida pueden tener un efecto más beneficioso. Si los inconvenientes, las limitaciones, los malestares o los sufrimientos atribuibles a la enfermedad están ausentes o son mínimos, ¿cómo esperar que nuestras recomendaciones al paciente acerca de cambios en sus hábitos de vida se cumplan? En estas condiciones tales imposiciones o exhortaciones funcionan como “dolorosas prohibiciones y nuevas obligaciones” sin sentido. A escala social difícilmente podrá desarrollarse una actitud anticipatoria, porque el mañana inmediato es incierto para la mayoría de los pacientes que sólo pueden asegurar su sobrevivencia en el corto plazo.

Al recapitular a través del concepto de historia cultural de la enfermedad, podemos darnos cuenta que las enfermedades crónicas reflejan la multiplicidad de:

Lo histórico: una vasta colectividad multiétnica y pluricultural donde subyace nuestra mayor riqueza y potencialidad como país, escindida ancestralmente por las relaciones desiguales, la intolerancia y la discriminación; subordinada a intereses foráneos que en cada época a partir de la conquista, saquean la riqueza socialmente creada.

En la actualidad, el predominio de los intereses del capital transnacional acrecenta la desigualdad, la marginación y la pobreza. También como efecto de la subordinación impuesta por ese “exterior” dominante y expoliador, y de la sucesión de gobiernos autoritarios y corruptos, son comunidades marcadamente pasivas, conformistas y fatalistas.

Lo social: en virtud de esa pasividad acentuada de la abrumadora mayoría de la población —con profundas raíces históricas—, no emergen los desafíos, las exigencias y las presiones a gran escala sobre las instituciones sociales.

De tal forma, éstas en su conjunto con múltiples matices, refuerzan su autonomía y su distanciamiento de la sociedad civil, introduciéndose en una lógica organizativa que las degrada; además, sin contrapesos a su accionar, adolecen de anquilosamiento, obsolescencia, ineffectividad y al desarrollar sus políticas y

directrices para el corto plazo, poco inciden en los enormes rezagos y contribuyen a agravar las manifestaciones de la desigualdad imperante.

Lo político: las relaciones de poder marcadamente asimétricas ahondan las desigualdades; grandes sectores de la población carecen de lo más elemental pues sus intereses permanecen en la sombra; por otro lado, el predominio abrumador de los intereses propios de las minorías opulentas que pueden disponer sin límite de bienes y servicios (cuyo papel es el de agentes encargados del acrecentamiento y concentración del capital transnacional que domina el planeta), condiciona la escasez presupuestaria de las instituciones sociales que se debilitan o mueren de inanición. Esta escasez no es el destino inexorable de tales instituciones, como se ha hecho creer, sino reveladora de que dentro de las prioridades de las políticas del Estado y del gobierno —a las que se destinan preferentemente los recursos— las instituciones sociales tienen, en los tiempos que corren, un lugar secundario.

Lo económico: la industrialización tardía, dependiente y el intercambio desigual con las economías dominantes, ha provocado la salida hacia el exterior —en forma de capital— de la riqueza creada por el trabajo colectivo. La “flaqueza” crónica de la economía requiere del endeudamiento progresivo que agrava la situación, manifestado por desempleo creciente que condiciona salarios castigados, un mercado interno débil con la consecuente migración interna (del campo a las ciudades) y externa, y la evasión hacia la delincuencia en todas sus formas “rentables”. Además, la concentración de la riqueza cuyo efecto es la generalización de la pobreza, provoca que las llamadas clases medias sean cada vez más reducidas.

Lo cultural: un compendio de todo lo anterior se manifiesta en una gran diversidad en cuanto a creencias, valores, tradiciones, hábitos, usos, costumbres, actitudes, aspiraciones, saberes, expresiones colectivas, formas de organización, manifestaciones artísticas, dotación de recursos materiales, disponibilidad de bienes y servicios, utilización de recursos técnicos y tecnológicos todo lo cual moldea, matiza y diversifica al infinito las formas de ser individuales. Lo anterior, llevado al asunto motivo de nuestras reflexiones, podemos expresarlo con las siguientes palabras: el movimiento social con las características anotadas, es el principal generador de las formas de expresión —cuantitativa y cualitativa— de las enfermedades crónicas en nuestro país, donde la diabetes mellitus es la más representativa; de ahí que la afirmación “la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 se disemina sin control efectivo” es reveladora de una epidemia culturalmente determinada. Tales aseveraciones no pretenden significar que las predisposiciones genéticas no operan; subrayan que la forma de manifestación de tales predisposiciones depende de los diferentes contextos sociales (culturales) con su enorme diversidad e intrincada complejidad.^{xiv}

La diabetes Mellitus tipo2 reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento y lograr el adecuado control metabólico, con lo cual prevendría sus múltiples complicaciones. Además de la

ingesta de medicamentos, se requiere ajuste a la alimentación, control de peso y una actividad física adecuada.^{xv}

CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

Los factores de riesgo estrechamente relacionados (estilos de vida urbanos, falta de ejercicio, dieta inadecuada), existe una relación entre estas enfermedades de las sociedades “opulentas”, Diabetes Mellitus tipo 2 y la obesidad, y el bajo nivel socioeconómico: Diversos estudios han demostrado que entre las personas más desfavorecidas social y materialmente, peor es el control de estas enfermedades, mayor su frecuencia, y más frecuentes los factores relacionados con las mismas.

Dentro del control del paciente diabético intervienen factores psicosociales que influyen en el control de la glucosa, considerándose que el manejo metabólico adecuado disminuye o retrasa la aparición de las complicaciones en el paciente diabético tipo 2., y con ello se tiene una mejor calidad de vida, al disminuir la afectación física y social del paciente.^{xvi}

El control de la glicemia, más que el hecho de tomar medicamento, debe ser una serie de aspectos a tomar frente a la enfermedad, como el conocimiento y características de la enfermedad, el ambiente y apoyo familiar que existe.

El manejo del paciente diabético a nivel institucional es llevado a cabo por el Médico familiar y diversos servicios de apoyo, con lo cual el proceso educativo del paciente debería ser una realidad, sin embargo en estudios realizados previamente demuestran que la naturaleza de la enfermedad y sus complicaciones es desconocida por la mayoría de los enfermos, acentuándose por el bajo nivel escolar y socioeconómico que presentan muchos pacientes.^{xvii}

La diabetes es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina, una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. La hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia en el largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

La periodicidad de las visitas al médico dependerá de cuál es el objetivo a alcanzar en la glucemia y en los parámetros del síndrome metabólico así como en qué grado se está logrando,. Asimismo si existen cambios en el régimen de tratamiento y/o la presencia de complicaciones de la diabetes u otros trastornos médicos .^{xviii}

Los parámetros de control del paciente con DM2 son:

PARAMETRO	CONTROLADO	DESCONTROLADO
GLUCOSA PLASMÁTICA PREPRANDIAL	80-120 mg/dl	> 120mg/dl
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (Hba1c) *	7 %	>8%
COLESTEROL TOTAL	≤200 mg/dl	>200 mg/dl
TRIGLICERIDOS EN AYUNO	≤150	>150 mg/dl
PRESIÓN ARTERIAL	≤ 130/80 mmHg	> 130/80 mmHg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	≤25	>25

* En los casos en que sea factible realizar esta prueba.^{xix}

El hecho de que el paciente con síndrome metabólico no siempre sea diabético hace que los parámetros de control para el paciente diabético sean diferentes.

El control de la DM elimina los síntomas, evita las complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. Al combinarlo con el control de otros problemas asociados como la hipertensión arterial y la dislipidemia, también previene las complicaciones macrovasculares.

No existe un umbral por debajo del cual se pueda asegurar que la persona con diabetes nunca llegará a desarrollar complicaciones.^{xx}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pobreza familiar puede ser considerada como generadora de enfermedad, al predisponer, mantener o incrementar el descontrol metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2. Constituyen un binomio de particular relevancia por su influencia recíproca directa e indirectamente. En el cual la pobreza se vuelve un proceso que se autoreforza y del que parece muy difícil escapar ya que el nivel de educación determinan de manera importante la salud y la nutrición infantil de los futuros adultos y a su vez, la educación del adulto, tiene un fuerte impacto sobre el nivel de ingreso y nutrición que afecta la salud y nutrición de los hijos, cerrándose así el círculo.

Dentro de los factores que influyen subyace la desigualdad social que prevalece en las sociedades capitalistas periféricas, en donde la familia funciona cada vez menos como unidad de producción económica, aunado a otros factores como comportamientos de riesgo representados por la inactividad física, el tabaquismo, estrés social y psicosociales, que contribuyen no solo al descontrol metabólico de la diabetes y sus complicaciones a nivel micro y macroangiopatía sino su co-morbilidad con hipertensión arterial, trastornos respiratorios crónicos, cáncer, osteoartrosis degenerativa, obesidad, es decir, las enfermedades crónicas degenerativas, a las cuales se les ha considerado entidades nosológicas separadas y no como una combinaciones comunes de todas ellas en donde subyacen los estilos de vida perjudiciales.

Por lo que surge la pregunta de investigación:

¿EXISTIRA RELACION ENTRE INDICE DE POBREZA FAMILIAR Y CONTROL METABOLICO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 236 "EL ORO"?

JUSTIFICACIÓN

En los Estado Unidos Mexicanos con un territorio de 1.967.183 km², integrado por 31 estados y un Distrito Federal, Según el último informe del INEGI hay más de 103 millones de mexicanos. El informe del Banco Mundial del mes de julio del 2004 denominado: La Pobreza en México: una evaluación de las condiciones, tendencias y estrategias del gobierno, así como en el informe de Gobierno del 01 de Septiembre del 2004 indican que en México había 53 millones de pobres y 71 según los cálculos académicos.

La pobreza es un problema que afecta importantemente el proceso de salud enfermedad, es una difícil carga de responsabilidades para los pobres, ya que hoy en día hay suficiente evidencia para mostrar que son los grupos de población empobrecida, en condición socioeconómica más precaria y con menor control sobre sus vidas lo que hace que se concentren todo tipo de patologías.

Una de las enfermedades con mayor incidencia es la diabetes mellitus. Se calcula que 170 millones de personas en el mundo se encuentran afectadas por la Diabetes Mellitus, cifra que llegará a alrededor de 370 millones para el 2030. En nuestro país, para 1999 la incidencia de nuevos casos se calculó en 2.9 por mil habitantes; la prevalencia en el año 2000 se estimó en 10.7 % y constituyó la principal causa de muerte. Además, se ha apreciado incremento en la proporción de diabéticos menores de 40 años, con alta prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones crónicas.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 2003 la diabetes mellitus ocupó el primer lugar como motivo de consulta especializada y el tercero en la consulta de medicina familiar. La periodicidad de las visitas al médico dependerá de el grado alcanzado en el control metabólico del paciente diabético permitiendo establecer, cambios en el régimen de tratamiento y/o la presencia de complicaciones de la diabetes u otros trastornos médicos.

Tomando en cuenta lo anterior y que la pobreza puede ser considerada como generadora de enfermedad y en específico que la diabetes mellitus (DM) es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial, el número de casos nuevos que se dan a conocer todos los años aumenta rápidamente, a medida que asciende el promedio de vida del hombre, cambia su manera de vivir y los medios de detección de la enfermedad, la prevalencia futura se vislumbra avasalladora, los esfuerzos para controlar y disminuir las complicaciones de la enfermedades agudas y crónicas que cada día se presentan en edades mas tempranas, deben ser más estrictas.

Tomando en cuenta que la afectación es multisistémica se toma en cuenta los parámetros del síndrome metabólico para hablar de un buen control del diabético.

Las estrategias educativas dirigidas a modificar estilos de vida para la prevención y mejorar el control metabólico de los pacientes diabéticos resultan económicas, viables y eficaces. Tendientes a orientar al paciente diabético y su familia en alternativas que les permita un mejor aprovechamiento de los recursos económicos, socioculturales e individuales con que cuentan.

En este estudio es factible realizarlo ya que se encuentra identificada la población diabética ya que cada mes acude a control y se le realizan los estudios correspondientes así como en consulta aplicar el ISPF.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el índice de pobreza familiar y el control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 en la unidad de medicina familiar 236 el Oro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Identificar el nivel de pobreza familiar en los pacientes diabéticos tipo 2
- 2 Identificar la frecuencia de descontrol metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2. de acuerdo a la glicemia en ayuno
- 3 Identificar la frecuencia de descontrol metabólico de los pacientes diabéticos de acuerdo al nivel de triglicéridos
- 4 Identificar la frecuencia de descontrol metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 de acuerdo al colesterol total.
- 5 Identificar la frecuencia de descontrol metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 de acuerdo a las cifras de presión arterial.
- 6 Identificar la frecuencia de descontrol metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 de acuerdo al índice de masa corporal.
- 7 Comparar el índice de pobreza con el control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2.
- 8 Comparar el índice de pobreza con el Descontrol metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional.
Comparativo.
Ambiospectivo.
Transversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

El universo de 196 derechohabientes diabéticos tipo 2, adscritos a la UMF 236 “El Oro”. Febrero 2008.

TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA

No probabilística de tipo accidental.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIO DE INCLUSION

1. Pacientes Diabéticos tipo 2 mayores de 20 años.
2. Contar con resultados de laboratorio con vigencia menor a dos meses de glicemia, colesterol y triglicéridos
3. Que firmen el consentimiento informado

CRITERIO DE NO INCLUSION

1. Pacientes diabéticos que no acudan a su control con medico familiar durante el periodo de estudio

CRITERIO DE ELIMINACION

1. Que no quieran contestar el cuestionario del Índice de pobreza simplificado familiar
2. Que no acuda a laboratorio clínico para la toma de exámenes de glicemia, colesterol total y triglicéridos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO VARIABLE
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Estratificación de la edad del paciente en decenios	Intervalo, continua 20-29 30-39 40-49 50-59	CUANTITATIVA
SEXO	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Femenino Masculino	Nominal	CUALITATIVA
POBREZA	Ausencia de satisfactores apropiados para cubrir un mínimo de ciertas necesidades llamadas básicas	Estratificación obtenida por el Índice Simplificado de pobreza	Ordinal 00-03 Sin evidencia de pobreza familiar 04-06 Pobreza familiar baja 07-09 Pobreza familiar media 10-12 Pobreza familiar alta	CUALITATIVA
CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS	Regulación de los parámetros para hablar de un control en la diabetes mellitus tipo 2	Determinación de parámetros de control de la Diabetes Mellitus: Glicemia 80 a 120 mg/dl Colesterol \leq 200 mg/dl Triglicéridos \leq 150 mg/dl TA \leq 130/80 mmHg IMC \leq 25	Nominal SI NO	CUALITATIVA

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION

Durante el mes de Julio 2007 se conformo el Censo de pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la consulta externa de medicina familiar en la UMF 236 El Oro Edo.Méx. datos proporcionados del censo del SIMO posteriormente, la asistente médica citó a los pacientes diabéticos tipo 2 de ambos turnos junto con el investigador quien realizó una entrevista directa, quien dio a conocer a través del formato de consentimiento informado (anexo 1) el objetivo del estudio para la firma de aceptación del paciente. En ese momento el investigador leyó las preguntas del cuestionario del Índice Simplificado de Pobreza Familiar para ser respondidas por el paciente. (anexo 2)

El Índice Simplificado de Pobreza Familiar, consta de 3 dimensiones las cuales se desglosan:

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)						
DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIAS DE RESPUESTA	PUNTUACION			
			0	1	2	3
ECONOMÍA	INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	< 1 SALARIO MÍNIMO				
		1 A 2 SALARIOS MINIMOS				
		3 A 4 SALARIOS MINIMOS				
		>5 SALARIOS MINIMOS				
	NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	>3 HIJOS				
		2 HIJOS				
		1 HIJO				
		NINGUN HIJO				
EDUCACIÓN	ESCOLARIDAD MATERNA	SIN INSTRUCCIÓN				
		PRIMARIA NCOMPLETA				
		PRIMARIA COMPLETA				
		POSPRIMARIA				
VIVIENDA	NÚMERO DE PERSONAS DORMITORIO	5 PERSONAS				
		4 PERSONAS				
		3 PERSONAS				
		1 A 2 PERSONAS				
PUNTUACION GLOBAL						

Los intervalos de puntuación para evaluar el nivel de pobreza familiar son los siguientes:

- 0-03 Sin evidencia de pobreza familiar
- 04-06 Pobreza familiar baja
- 07-09 Pobreza familiar media
- 10-12 Pobreza familiar alta

Posteriormente se llevó a cabo la medición de:

- Presión arterial, a través de un esfigmomanómetro de mercurio colocado en la pared con el paciente sentado cómodamente, con buen soporte en la espalda, el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón, se colocara el brazalete, situé el manguito sobre la arteria humeral, coloque el borde inferior del mismo a 2 cm por encima del pliegue del codo., para asegurar una medición precisa, la cámara del aire del brazalete debe cubrir por o=lo menos el 80% de la circunferencia del brazo. Asegurando de que el menisco de la columna de mercurio, coincida con el cero de la escala antes de empezar a inflar. Mientras se palpa la arteria humeral esta pegada al borde interno del bíceps a 2 cm por arriba del pliegue del codo(infle rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, con el fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica, se desinfla nuevamente el manguito y se coloca la capsula del estetoscopio sobre la arteria humeral, se infla el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel de la presión sistólica que se palpo previamente y desinfla a una velocidad de aproximadamente 2mmHg/seg, la aparición del primer ruido define el valor de la presión sistólica, la desaparición de sonido define el valor de la presión diastólica.
- Peso la medición se llevó a cabo con una báscula clínica calibrada de pie, con el paciente de pie, de espalda bien erguido con los pies sin calzado, juntos, sin moverse.
- Talla: con un estadímetro estándar incluido en la bascula de pie. En mt y cms.
- Índice de masa corporal: a través de la formula $\text{peso}/\text{talla}^2$ (kg/m²). Estos parámetros fueron medidos por el investigador para evitar la variabilidad interindividual en las medidas antropométricas.

Posteriormente se revisó el expediente clínico para analizar los resultados de laboratorio con vigencia menor a dos meses de: glucosa plasmática preprandial, colesterol total, triglicéridos en ayuno, de lo contrario se solicitaron para su valoración en una semana.

Todos los datos fueron recabados por el investigador en la hoja de recolección (anexo 3) para su concentración y valoración.

ANALISIS ESTADÍSTICO:

El análisis de los datos se llevo a cabo con medidas de tendencia central media, mediana, moda y rango, Promedio y porcentajes.

Para determinar el grado de relación entre las variables con el Coeficiente de Correlación de Pearson.

La presentación de resultados en cuadros y gráficas.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicita la participación en el estudio en forma voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en:

La declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989

48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

2.- El acuerdo que al respecto emitió la secretaria de salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 26 de enero de 1982, paginas 16 y 17. Y a las normas institucionales establecidas.

Este trabajo de investigación no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos serán utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que será estrictamente confidencial. Previa autorización por consentimiento informado del paciente.

Al paciente se le informara sobre su control metabólico y de ser necesario se canalizara para su atención al servicio correspondiente.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 162 pacientes, en relación a la Edad el rango que obtuvo la mayor frecuencia fue de 60 a 69 años con 48 pacientes que corresponde al 29.8%, le siguen de 40 a 49 años y de 50 a 59 años con un 21.1% respectivamente, de 70 a 79 años el 17.4%, de 30 a 39 años un 5.6%, de 80 a 89 años un 3.7% y en ultimo lugar de 20 a 29 años con una frecuencia de 1.2%. (Cuadro y gráfica 1)

En relación con al sexo el femenino predomino con un 54.7% y un 45.3% para el sexo masculino. (Cuadro y gráfica 2)

El nivel de pobreza con mayor porcentaje correspondió a pobreza baja con un 46.6%, un 39.7% sin pobreza, el 13.7% con pobreza media y ninguno presentó pobreza alta. (Cuadro y Grafica 3)

En lo referente a la glicemia el 79.5% que corresponde a 128 pacientes presentó descontrol contra un 20.5 % que estuvieron con todos los parámetros controlados. (Cuadro y Grafica 4)

En el colesterol el mayor porcentaje lo obtuvo los pacientes controlados con cifras menores de 200 mg/dl en un 52% y con un 48% son pacientes con descontrol con cifras mayores de 201 mg/dl. (Cuadro y Grafica 5)

En relación con los Triglicéridos el 50.9% de la población presenta cifras mayores a 151 mg/dl por lo que se encuentran en descontrol y un 49.1% se encuentran controlados con cifras menores a 150 mg/dl. (Cuadro y Grafica 6)

La Presión Arterial prevaleció con cifras menores a 120/79 mmHg siendo considerado como controlado con un porcentaje de 72% y el 28% con cifras mayores a 130/80 mmHg. (Cuadro y Grafica 7)

Para el Índice de Masa Corporal mayor de 25.1 se obtuvo una frecuencia del 82.6% y menor a 25 corresponde el 17.4%. (Cuadro y Grafica 8)

Se encontró que el 98.8% de los pacientes se encuentran en descontrol derivado de que uno de los parámetros metabólicos quedo fuera de rango y el 1.2% controlado cifra que corresponde a 2 pacientes. (Cuadro y Grafica 9)

De los 162 pacientes, 96 de ellos que obtuvieron un nivel de pobreza presentaron descontrol metabólico y 64 pacientes sin pobreza se encontraron en control metabólico. Para determinar si dicha diferencia era estadísticamente significativa se obtuvo una p de 0.089 con la prueba de Pearson. (Cuadro y Grafica 10)

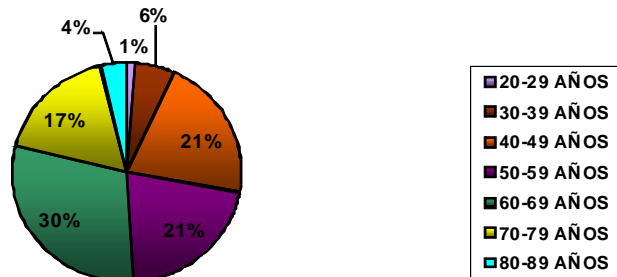
CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO 1: Frecuencia por rango de edad de los pacientes diabéticos tipo 2

GRUPO EDAD	NUMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
20-29 AÑOS	2	1%
30-39 AÑOS	9	6%
40-49 AÑOS	34	21%
50-59 AÑOS	34	21%
60-69 AÑOS	48	30%
70-79 AÑOS	28	17%
80-89 AÑOS	6	4%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 1: Frecuencia por rango de edad de los pacientes diabéticos tipo 2



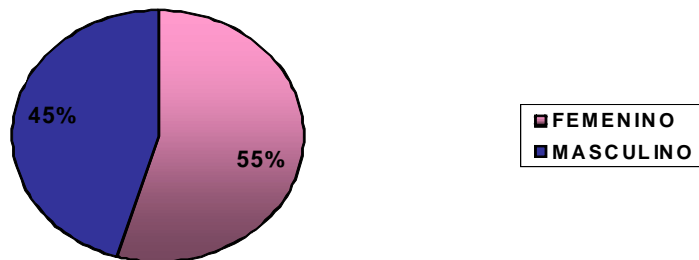
Fuente: CUADRO 1

CUADRO 2: Frecuencia de acuerdo al sexo de los pacientes diabéticos tipo 2

SEXO NUMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
FEMENINO 88	55%
MASCULINO 73	45%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 2: Frecuencia de acuerdo al sexo de los pacientes diabéticos tipo 2



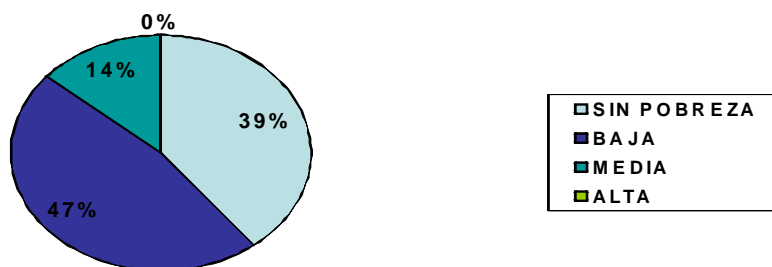
Fuente: CUADRO 2

CUADRO 3: Frecuencia de acuerdo al nivel de pobreza de los pacientes diabéticos tipo 2

NIVEL DE POBREZA	NUMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
SIN POBREZA	64	39%
POBREZA BAJA	75	47%
POBREZA MEDIA	22	14%
POBREZA ALTA	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 3: Frecuencia por rango de acuerdo al nivel de pobreza de los pacientes diabéticos tipo 2



Fuente: CUADRO 3

CUADRO 4: Frecuencia de acuerdo al nivel de glicemia de los pacientes diabéticos tipo 2

NIVEL DE GLICEMIA	NUMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
80-120 mg/dl	33	20%
> 121 mg/dl	128	80%

Fuente
:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 4: Frecuencia de acuerdo al nivel de glicemia de los pacientes diabéticos tipo 2



Fuente: CUADRO 4

CUADRO 5: Frecuencia de acuerdo al nivel de colesterol de los pacientes diabéticos tipo 2.

NIVELES DE COLESTEROL	NUMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
< 200 mg/dl	83	52%
> 201 mg/dl	78	48%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 5: Frecuencia de acuerdo al nivel de colesterol de los pacientes diabéticos tipo 2.



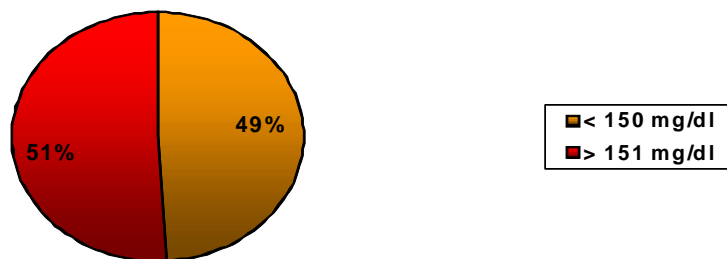
Fuente: CUADRO 5

CUADRO 6: Frecuencia de acuerdo al nivel de triglicéridos de los pacientes diabéticos tipo 2.

NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS	NUMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
< 150 mg/dl	79	49%
> 152 mg/dl	82	51%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 6: Frecuencia de acuerdo al nivel de triglicéridos de los pacientes diabéticos tipo 2.



Fuente: CUADRO 6

CUADRO 7: Frecuencia de acuerdo a cifras de presión arterial de los pacientes diabéticos tipo 2.

CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL	NÚMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
< 129/79 mmHg	116	72%
> 130/80 mmHg	45	28%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 7: Frecuencia de acuerdo a cifras de presión arterial de los pacientes diabéticos tipo 2.



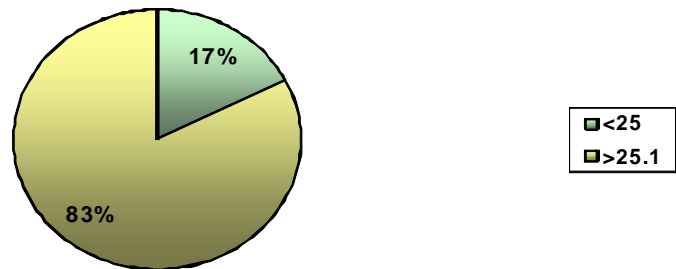
Fuente: CUADRO 7

CUADRO 8: Frecuencia de acuerdo a el índice de masa corporal de los pacientes diabéticos tipo 2.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	NÚMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
< 25	28	17%
> 25.1	133	83%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 8: Frecuencia de acuerdo a el índice de masa corporal de los pacientes diabéticos tipo 2.



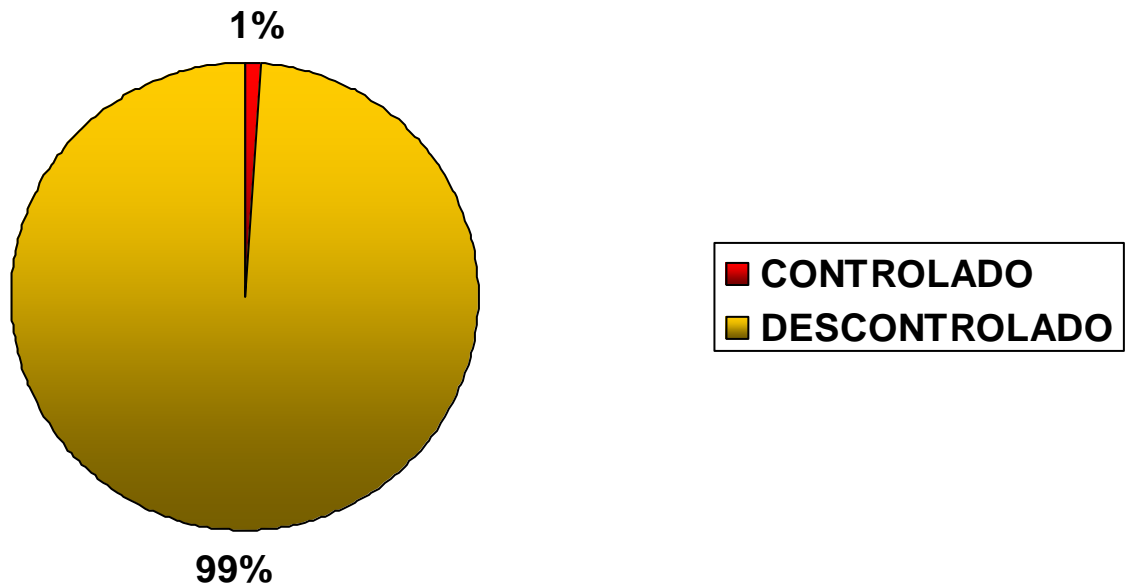
Fuente: CUADRO 8

CUADRO 9: Frecuencia de acuerdo al control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2.

CONTROL METABÓLICO	NÚMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA
CONTROLADO	2	1%
DESCONTROLADO	160	99%

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 9: Frecuencia de acuerdo al control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2.



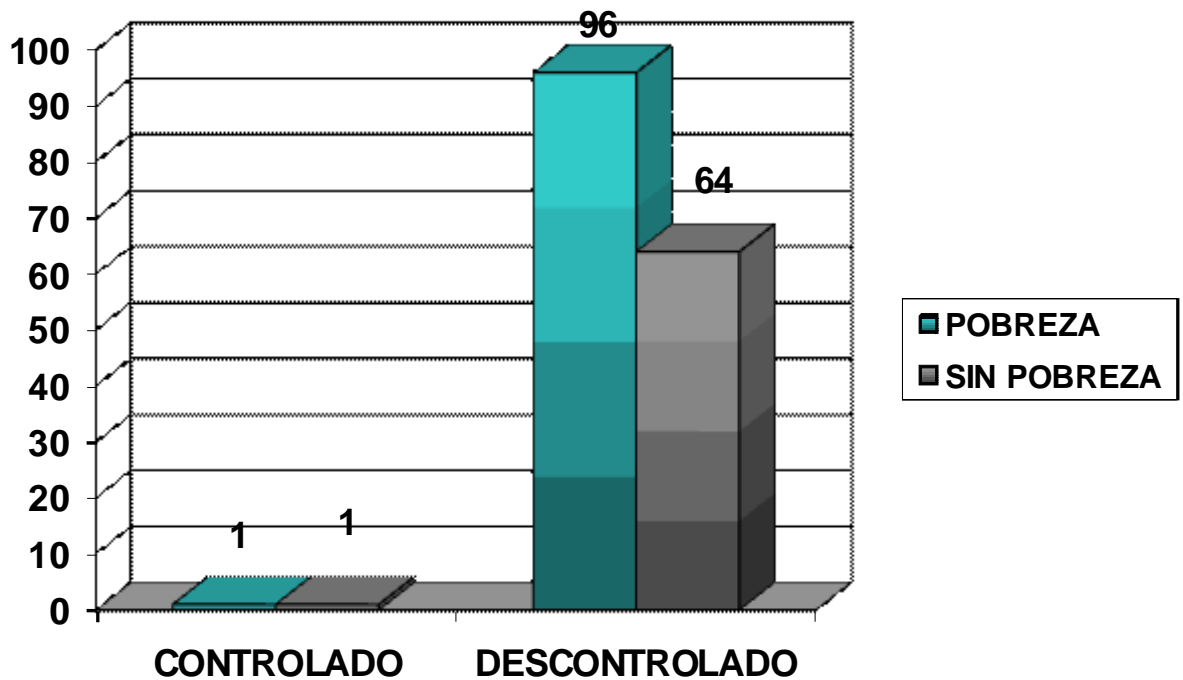
Fuente: CUADRO 9

CUADRO 10: Relación entre pobreza y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

CONTROL METABÓLICO	NIVEL DE POBREZA	
	SIN POBREZA	CON POBREZA
CONTROLADO	1	1
DESCONTRALADO	64	96

Fuente: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRAFICA 10: Relación entre pobreza y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.



Fuente: CUADRO 10

DISCUSION

De acuerdo a la reflexión de algunos autores principalmente de la OMSⁱ referente a que la pobreza es la principal causa que determina el descontrol metabólico de los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, en nuestro estudio la diferencia encontrada con una $p = 0.89$ no podemos determinar que la pobreza sea el principal factor de riesgo, tomando en consideración un parámetro metabólico fuera de rango (nivel de glicemia, colesterol, triglicéridos, TA e IMC) para evaluar dicho control metabólico,.

Los principales parámetros metabólicos que determinaron el descontrol de los pacientes, recae en los resultados de los niveles de glicemia arriba de 120 mg/dl, los triglicéridos por arriba de 151 mg/dl y el IMC mayor de 25.1, tomando en consideración los resultados de otras investigaciones en donde se resaltan dichos parámetros como inherentes al tipo de alimentación prevalente en la población mexicana con predominio de carbohidratos y un estilo de vida sedentario.ⁱⁱ

CONCLUSIONES

En lo referente a la relación que se encontró entre nivel de pobreza y control metabólico, se obtuvo el 0.089 con la prueba de Persson lo cual denota que no existe correlación entre causa-efecto.

Se puede profundizar en la relación causa-efecto si disminuimos el sesgo que tuvo la presente investigación, en lo referente al criterio para clasificar a los pacientes como controlados/descontrolados. Tomando en consideración que las recomendaciones internacionales de organismos calificados en esta patología, quienes han determinado un control estricto y cada vez con cifras menores de cada uno de los parámetros metabólicos.

Es necesario seguir con esta línea de investigación que nos ayude a esclarecer el papel que juega la distribución del gasto familiar y la jerarquización que los pacientes establecen para definirlo cuanto porcentaje corresponde a elaborar una dieta saludable.

SUGERENCIAS

1. Reestructurar los procesos educativos desarrollados por el equipo de salud, tendientes a propiciar la participación de los pacientes para mejorar los estilos de vida
2. Corresponsabilizar al paciente y a su familia en las técnicas de autocuidado tendientes a modificar los comportamientos de riesgo.
3. Mejorar la aptitud clínica del Médico Familiar para otorgar una atención médica integral dirigida a limitar el daño y prevenir complicaciones, todo ello con la finalidad de disminuir el costo económico social que se generan con la aparición temprana de complicaciones agudas-crónicas de la diabetes tipo 2.
4. Gestionar la autorización para solicitar las herramientas de diagnóstico idóneas para evaluar el control metabólico de los pacientes principalmente HbA1, HdL, LdL. En el primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFIA

¹ Osvaldo Larrañaga. Nivel Socioeconómico. Determinantes sociales de la salud en Chile 31-34.

² López Arellano Olivia. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. Universidad Autónoma Metropolitana 1-12.

³ Muñoz Cobos F, Espinoza Almendro JM, Portillo Stempel J, Rodríguez González de Molina G. La familia en la enfermedad terminal (I). Medicina de Familia. 2002 septiembre; 3:190-199.

⁴ Irigoyen-Coria, Gómez-Clavelina FJ. La pobreza, generadora de enfermedad en el ámbito familiar Arch Med Fam 2000;2(2): 35-37.

⁵ Antonio E Rivera Cisneros, Jorge Sánchez-González, Ulises Pérez Hernández, J Luz Tovar García. Aproximación metodológica para el abordaje de los problemas de salud, con apoyo en la Patología Clínica. Revista Mexicana de Patología Clínica, Vol. 46, Núm. 3 • Julio - Septiembre, 1999

⁶ Santos Padrón Hilda. Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México, Secretaría de Salud Tabasco México; Rev. Cubana Salud Pública.2006 (32)2

⁷ Irigoyen Coria A, Morales-López H, Terán -Trillo M. et al. Marginación Pobreza y Familia. ArchMedFam. 2002; 4(1) 45-48

⁸ Iracheta Cenecorta Alfonso. Viviendo y Suelo en México. El colegio Mexiquense A.C: Noviembre 2006

⁹ Palacios Escobar Ángeles. Medición de la Pobreza. Centro de Estudios de Desarrollo Económico e México (CEDEM) de la Facultad de Economía de la UNAM

¹⁰ Ponce Rosas R, Irigoyen Coria A, Terán-Trillo M, y Cols. Validez del Constructo del Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF) ArchMedFam 2002; 4(1) 6-12

¹¹ Huerta González José Luis. Medicina Familiar La familia en el proceso salud-enfermedad Ed. Alfil. 1ª Ed. 2005. 82-83

¹² Vigentes a partir del 1 de enero de 2007, establecidos por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos mediante resolución publicada en el Diario Oficial de la Federación del 29 de diciembre de 2006

¹³ Luis Palomo, Vicente Ortun et al. La Diabetes tipo2 y la obesidad epidemias de las personas mas desfavorecidas de las sociedades opulentas, Servicios Integrales de Educación (SIC . 2006)

¹⁴ Leonardo Viniegra Velázquez. Las enfermedades crónicas y la educación la diabetes mellitus como paradigma. Rev Med Ins Mex Seguro Soc 2006; 44(1):47-59

¹⁵ Evelyn Ariza, Nazly Camacho et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 Salud uninorte 2005,21.2840

¹⁶ Servicios Integrales de Comunicación (SIC). La diabetes Tipo 2 y la obesidad, "epidemias" de las personas más desfavorecidas de las sociedades opulentas. 30 de marzo de 2006. Más información en: http://sic_sl.retemail.es

¹⁷ Rodríguez-Marrón M, Guerrero-Romero JF. Estudio comparativo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, habitantes de comunidades urbanas y rurales, Rev. Méd. IMSS 1998;36:191-197

¹⁸ Oviedo Mota Maria Alberto, Espinosa Larrañaga Francisco, Reyes Morales Hortensia; et.al. ENFERMEDADES CRONICAS GUIA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Guías de práctica clínica para Medicina Familiar, (8) 103-122

¹⁹ Secretaría de salud Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA04-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Primera Sección ;2000: 91

²⁰ GUIAS ALAD 2000 Para el diagnostico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 Con medicina basada en evidencia. 1-92.

²¹ Trevor A. Hassel. La Pobreza Rural: Salud y Estilo de Vida.RIMSA 14/26 2005; 1-10 .

²² La Jornada 10/noviembre/2007. La Modificación de los Hábitos Alimenticios en México. <http://www.kaosenlared.net/noticia/modificación-habitos-alimenticios-mexico>.

ANEXO 1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE GANTT												
TAREA PROGRAMADA	ENER08	FEB08	MARZO08	ABRI08	MAYO8	JUNIO8	JULIO08	AGOST08	SEPT08	OCT08	NOV08	DIC08
Planteamiento del problema	X											
Recolección de bibliografía	X											
Elaboración protocolo de investigación		X										
Presentación protocolo al Comité Local de Investigación		X										
Aceptación del protocolo por Comité Investigación			X									
Recolección de datos				X	X	X	X	X				
Codificación de los datos									X			
Análisis estadístico de los datos										X		
Elaboración de cuadros y graficas de resultados											X	
Conclusiones												X
Redacción												
Informe Final al Comité Local de Investigación												
Informe Final a la UNAM												

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____ TOLUCA, ESTADO DE MEXICO A 05 DE DICIEMBRE DEL 2008

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

“ RELACION QUE EXISTE ENTRE EL INDICE DE POBREZA FAMILIAR Y EL CONTROL METABOLICO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 236 EL ORO ESTADO DE MEXICO ”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE POBREZA FAMILIAR Y EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 236 EL ORO.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

MARIA ESTHER REYES RUIZ 8435847

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Tel: (722) 2-70-18-07

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

ANEXO 3
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 UNIDAD ACADÉMICA: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 236
 EL ORO, ESTADO DE MÉXICO

NUM. PROGRESIVO _____ EDAD.- _____ SEXO _____

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)			
DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIAS DE RESPUESTA	PUNTUACION
ECONOMÍA	INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	< 1 SALARIO MÍNIMO	3
		1 A 2 SALARIOS MINIMOS	2
		3 A 4 SALARIOS MINIMOS	1
		>5 SALARIOS MINIMOS	0
	NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	>3 HIJOS	3
		2 HIJOS	2
		1 HIJO	1
		NINGUN HIJO	0
EDUCACIÓN	ESCOLARIDAD MATERNA	SIN INSTRUCCIÓN	3
		PRIMARIA INCOMPLETA	2
		PRIMARIA COMPLETA	1
		POSPRIMARIA	0
PUNTUACION FINAL			
NIVEL DE POBREZA			

CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2	
PARAMETRO	VALOR
GLUCOSA PLASMATICA PREPRANDIAL	
COLESTEROL TOTAL	
TRIGLICERIDOS	
PRESION ARTERIAL	
IMC= PESO / TALLA ²	
EVALUACION CONTROL METABOLICO	CONTROLADO DESCONTROLADO

ANEXO 4
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 236
 EL ORO, ESTADO DE MÉXICO

FECHA:

NUM PROG	NIVEL DE POBREZA			PARAMETROS METABOLICOS					CONTROL METABOLICO		
	SIN POBREZA	B A J A	M E D I A	ALTA	GLICEMIA	TG	COLESTEROL	I M C	TA	CONTROLADO	DESCONTROLADO