

11226
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 29 ARAGON

LOS FACTORES CULTURALES Y ECONOMICOS Y SU
RELACION CON LA DIABETES MELLITUS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. ALFONSO CRUZ HERNANDEZ

A S E S O R :

DRA. MA: DEL CARMEN PACHECO GAMINO



MEXICO, D. F.

ENERO 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	4
MARCO TEORICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
HIPOTESIS.....	39
OBJETIVOS.....	40
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	41
DEFINICION DE VARIABLES.....	43
MATERIAL Y METODO.....	44
CUESTIONARIO.....	46
TABLAS Y GRAFICAS.....	50
ANALISIS ESTADISTICO.....	61
RESULTADOS.....	63
CONCLUSIONES.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	70

I N T R O D U C C I O N

El hombre a través del proceso evolutivo histórico constantemente se ha preocupado por descubrir y comprender todo lo que acontece tanto en él mismo como a su alrededor.

El concepto de salud-enfermedad ha sido uno de los aspectos más importantes que el hombre siempre ha tratado de explicarse. Dicho concepto ha evolucionado desde lo mágico hasta el concepto actual conocido como multicausal, en el que se toman en cuenta aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

Bajo este concepto se acepta que en la génesis de cualquier enfermedad además del aspecto biológico intervienen factores como son sociales, económicos, religiosos, etc. y la diabetes mellitus no escapa a estos principios.

La diabetes mellitus que tan seriamente daña a la especie humana es causa de elevada mortalidad y determinante de irreversibles invalideces, reclamarse ampliamente conocida en todas sus modalidades por quienes ejercen la profesión médica. En este trabajo se estudia la relación e influencia que ---

existe entre la diabetes mellitus y la cultura, la religión, los hábitos, costumbres, conocimiento de la enfermedad, nivel económico y grado de instrucción educacional, y la descompensación del paciente diabético.

Como sabemos la cultura y el poder económico en nuestra sociedad otorga al individuo un cierto estatus social, el cual determina diferentes grados de desarrollo y diferente calidad y tipo de vida.

Los aspectos culturales y económicos de una u otra forma interrelacionan constantemente y en grado variable con la diabetes mellitus ya sea en forma positiva o negativa.

El estudio de estos factores indudablemente enriquecerán nuestros conocimientos acerca de la diabetes mellitus, los cuales nos ayudarán a comprender y a orientar en forma más humanista al enfermo para que éste supere los problemas familiares, económicos, sociales y laborales que le aquejan.

Es fundamental que a nivel de la consulta de primer contacto se lleve a cabo la aplicación de estos

conceptos por el médico familiar con la finalidad -
de que el paciente diabético logre tener confianza-
en sí mismo y en la sociedad, al contemplar que ---
ésta le otorga a su padecimiento la debida importanta
cia y que contribuye a su solución en forma activa-
a través de la medicina familiar.

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

En la actualidad la diabetes mellitus se considera como uno de los principales problemas de sa lud debido a su alto índice de mortalidad, insiden cia, motivo de consulta, y por ser causa de invali déz y de incapacidad.

Las estrategias para el control, diagnóstico y tratamiento recae en el primer nivel de atención de tal manera que corresponde al médico familiar - llevar a cabo este tipo de actividades .

A partir de 1986 el IMSS dispone de notificaci ón semanal obligatoria de la diabetes mellitus, lo que ha permitido conocer mejor el estado actual de la enfermedad.

En el Hospital General de Zona No. 29 en los - últimos doce meses se reportaron 39 defunciones,-- ocupando el segundo lugar de mortalidad entre las diez primeras causas de muerte, en cuanto a morbi lidad le corresponde la cuarta causa de atención - médica, representando una insidencia de 4291 casos anuales. Ocupa el segundo lugar en el grupo de las

enfermedades crónico degenerativas con un total de 4291 casos. Así mismo en el servicio de urgencias es muy alto el número de pacientes que ingresan demandando atención de urgencia por descompensación de su padecimiento.

Tomando en cuenta estos antecedentes en este estudio se investigó la repercusión de los factores culturales y económicos en relación con la descompensación del paciente diabético.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Al inicio del siglo actual la diabetes mellitus constituía una entidad patológica verdaderamente temible, realizar el diagnóstico en un niño --- prácticamente equivalía a pronunciar su sentencia de muerte a corto plazo, y si el diagnóstico se --- efectuaba en un adulto se sabía que los años por --- vivir serían realmente pocos.

A partir de 1922 con el descubrimiento de la --- insulina se inició una nueva era que inicialmente se consideró como la solución total del problema, --- sin embargo pronto se observó que ese optimismo de --- bía ser limitado al comprobar que éste no era el --- remedio decisivo, calificandose a esta enfermedad --- como una patología endócrina compleja. Posterior--- mente siguieron una infinidad de estudios, de tal modo que se ha logrado disminuir notablemente la --- mortalidad, con un control adecuado de las complicaciones agudas, persistiendo cada vez con mayor --- incremento las complicaciones tardías. El panorama futuro de la diabetes mellitus es muy amplio, por --- una parte la secuencia fisiopatológica de la enfer

medad dista mucho de estar aclarada, cualquier tratamiento o eventual cura está por necesidad basado en la hipótesis.

Todas las instituciones de salud y de educación superior del país publican alrededor de 5.7 trabajos sobre diabetes mellitus cada año. Los temas o tópicos que se han abordado con frecuencia han sido sobre las características de complicaciones y ensayos terapéuticos con medicamentos que han intentado entrar al mercado, muy escasos temas experimentales, fisiopatológicos y epidemiológicos, -- sin embargo no existen trabajos de tipo sociomédico. Al revisarse los anuarios bibliográficos del IMSS se encontró el doble de publicaciones sin embargo la orientación temática siempre fue la misma.

Ante esta realidad es de prioridad que se realicen estudios sobre diabetes mellitus que reúnan el campo clínico y biomédico, que sean de corte -- sociomédico, ya que este padecimiento es influenciado indiscutiblemente por aspectos sociales, económicos y culturales, que al conocerlos mejor nos-

permitirá proporcionar al paciente diabético una -
mejor atención y con esto una mejor calidad de vida

C U L T U R A

La cultura es un componente humano que evoluciona y crece desde que el hombre tiene conciencia de sí mismo. Puede decirse que es un patrón que caracteriza a los pueblos y al mundo en un momento histórico. Es la manera total de vida de un pueblo, sus costumbres, creencias, lenguaje, su religión: los puntos de vista comunes que lo aglutinan como una entidad social, y que le sirven al hombre para transformar constantemente a la naturaleza.

El concepto de cultura es muy importante para el estudio del hombre ya que mucho de lo que alguna vez fuera atribuido a la raza y a la herencia se sabe ahora que es el resultado de la formación cultural.

La cultura va modelando a la persona y le imprime las características propias de la comunidad y de su tiempo en que se desarrolla. Sin embargo no todas las personas son iguales en una cultura dada, puesto que cada persona tiene su propia idiosincrasia, y es producto de la herencia de sus padres, y de la cultura familiar que son únicas y determinantes.

Los hombres crean las culturas pero también es correcto afirmar que las culturas crean a los hombres. La cultura se transmite a través del lenguaje, que es uno de los dones mas extraordinarios del hombre y cuando el lenguaje además de hablado se hace escrito se abren nuevas posibilidades para la acumulación y aceleración en el proceso de crecimiento cultural.

El hombre a través del tiempo acumula ideas, técnicas y habilidades agrandando así su cultura, de tal modo que mientras mas culto sea el hombre más rápido es su desarrollo. Así mismo al aceptar nuevas características, algunas propias ya antiguas -- resultan inoperantes y se tienen que abandonar, sin embargo en muchos casos es muy difícil de abandonar las ocasionando el atraso en el desarrollo del hombre.

La difusión de la cultura tiende a limitarse a ideas que encajen en la cultura que las adopta, existiendo algunas limitaciones que son de mayor importancia como es el hecho de tener miedo a la cultura extranjera , otra limitación de igual importancia es el aislamiento porque se pierde la oportunidad --

de tomar algo prestado de otros. Hablando en general cuanto mayor es el aislamiento mas primitiva es una sociedad; y cuanto mas grande es la importación cultural mas avanzada es una sociedad.

FUNCIONES DE LA CULTURA

La cultura determina el tipo de vida de una persona que se encuentra inmersa dentro de una determinada sociedad. Determina cual debe ser la estructura propia de la familia, cuantas mujeres puede tener el hombre, si las relaciones sexuales prematrimoniales son buena preparación para el matrimonio o si son inmorales. dirige el sistema de socialización, el sistema educacional, indica que es lo que se debe enseñar y como se debe enseñar al niño, provee de valores de modo que el niño aprende lo que es bueno y lo que es malo. Provee los héroes y ejemplifica como debe ser un buen hombre y una buena mujer. Moldea y canaliza lo que se considera como la condición humana determinando cuantas veces debemos comer en el día, cual es la edad para el matrimonio, y en que forma se deben expresar los sentimientos, e incluso se tocan las diferencias de personalidad

entre los temperamentos masculino y femenino. Determina las necesidades económicas indicando como se debe ganar la vida. Los medios de control social -- imponiendo sanciones si no se cumplen las normas -- establecidas y determina la relación y realidad del hombre con lo sobrenatural. Sin embargo la cultura-moderna se ve afectada por poblaciones de diversos intereses, diferentes filosofías, ocupaciones y clás ses sociales diferentes, de tal modo que los valores de la mayoría no siempre son los valores de varios grupos que no las aceptan y así nace la subcultura, que quiere decir un cultura mas pequeña dentro de una mayor, es decir son grupos étnicos, ocupacionales, regionales y religiosos con características distintas de la mayoría. En otras palabras se puede decir que son variaciones de la cultura general, pero que se hallan contenidos en la misma soci edad. Por último se menciona a la contracultura que surge como oposición de la cultura prevaleciente y como ejemplo tenemos a las pandillas juveniles y a los Hippies que se manifestaron como una reacción a las normas sociales dominantes.

Los conocimientos de cultura se adquieren desde la infancia, los cuales se incrementan y perfeccionan en forma erudita o empírica durante el aprendizaje cotidiano o la educación formal y constituyen el acervo cultural de cada sujeto. Puede decirse que un hombre es culto cuando además de poseer una parte del sistema vital de las ideas de un tiempo las ejercita y contribuye a su enriquecimiento.

Dado que el campo de la cultura es muy complicado por sus múltiples aspectos, para aproximarse al conocimiento del nivel cultural de un sujeto resulta importante el objetivo que se persiga. Por ejemplo para el médico familiar es importante ser culto en ciencias, lenguas, historia y arte por las características de sus funciones. En este trabajo se tomó en cuenta los siguientes aspectos: religión, costumbres, hábitos, conocimiento de la enfermedad, escolaridad y nivel económico.

RELIGION: institución social creada en torno a la idea de uno o varios seres sobrenaturales y su relación con los seres humanos. En toda cultura ésta idea se formaliza y adquiere una configuración ---

social. A esta configuración es a la que se le llama "La religión" de un determinado grupo. Toda auténtica religión lleva consigo estos tres aspectos: 1) una concepción acerca de la naturaleza y carácter de la divinidad, 2) una serie de doctrinas sobre los deberes y obligaciones recíprocas entre la divinidad y la humanidad, y 3) una serie de normas de conducta ideadas para formar la vida y la voluntad de Dios y para asegurar al creyente la aprobación de su conciencia o cualesquiera recompensa o liberación de penalidades de este mundo. Como en el nexo-religioso los seres superiores se conciben por esencia sobrenaturales, la totalidad de la religión se encuentra por necesidad fuera del ámbito de la ciencia y es materia de creencia. Debido a este hecho existe la noción de que la ciencia y la religión -- son en esencia incompatibles, o de que la relación entre ellas ha de ser un conflicto. Esta noción -- tiende a desaparecer a medida que cobra evidencia -- la verdad de que tanto la ciencia como la religión -- tienen sus límites y de que sus respectivos dominios son distintos y no se superponen.

HABITO: actitud adquirida o tendencia a actuar de una manera determinada que ha llegado a ser en cierta manera inconsciente y automática. Es una respuesta gradualmente adquirida a situaciones repetidas. Las reacciones se provocan con facilidad y son relativamente invariables, casi automáticas y es -- característico de ellas requerir un mínimo de dirección o atención consciente.

COSTUMBRE: expresión ordenada de la voluntad social que surge natural y espontáneamente del hábito y el uso activos en cuanto a manifestaciones del común -- consentimiento.

Las costumbres son determinadas por la sociedad y son de contenido tan amplio que gracias a ellas -- el individuo adulto se encuentra inmerso en una determinada sociedad para hacer frente a la mayoría -- de los problemas que entrañan las relaciones sociales sin necesidad de recurrir a otros procedimientos más racionales.

Además existen costumbres que fomentan la supervivencia social más allá de las generaciones actuales y se denominan costumbres institucionales como--

son el matrimonio y la familia, denominándose a estas costumbres de perpetuación.

ESCOLARIDAD: grado de instrucción educativa de una persona, es de carácter institucional y puede ser - básica, superior y profesional.

SISTEMA ECONOMICO

Todos los modos de producción que han existido hasta la fecha, solo han buscado el efecto útil del trabajo en su forma mas directa e inmediata.

Al principio en una sociedad de cazadores y recolectores de frutos, las zonas de caza, pesca y de plantas alimenticias se consideraban como propiedad comunal, que no podía ser dividida en parcelas individuales .

Al agotarse el excedente de tierra y al mismo tiempo crecer la población comenzó la decadencia de la propiedad comunal, dando origen a nuevas formas de producción .

Todas las formas mas elevadas de producción que vinieron despues condujeron a la división de la población en dos clases sociales diferentes, y por lo tanto al antagonismo entre la clase dominante y la clase oprimida. En consecuencia el interés de la clase dominante se convirtió en el elemento propulsor de la producción, todo ésto contrastando con la mísera existencia de los obreros oprimidos.

Y desde entonces ha existido una rivalidad entre las dos clases al grado que actualmente en las sociedades modernas el concepto de RETRIBUCION JUSTA está ligada a una constante disputa obrero patronal.

El estatus de una familia (posición que se tiene dentro de una sociedad) esta determinada de manera muy importante si no es que absoluta por la capacidad de solvencia económica, debido a que nuestro sistema es por esencia capitalista. El poder económico determina diferentes estilos de vida y diferentes oportunidades de desarrollo.

En nuestra sociedad actual en que vivimos es tan importante este aspecto, que se dice que a mayor solvencia económica existen mejores perspectivas de vida, y por el contrario a mayor pobreza menores oportunidades de desarrollo, con el consecuente retraso del mismo.

De acuerdo al poder económico en nuestra sociedad existen tres clases sociales ; a) la clase alta o pudiente que antiguamente correspondió a la burguesía, que cuenta con grandes riquezas acumuladas y además tienen los medios de producción , b) la clase

media que corresponde a la clase que tiene una economía que le permite vivir en forma adecuada pero que no puede proporcionarse ningún tipo de lujo, y c) -- que corresponde a la clase baja o desprotegida, que es aquella que no tiene ningún tipo de economía, lo que obtiene como retribución a su fuerza de trabajo apenas le permite subsistir, y en nuestra comunidad-- corresponde a la población tabulada con sueldo mínimo.

D I A B E T E S M E L L I T U S

La diabetes mellitus se puede considerar como -- un síndrome de evolución crónica, con fuerte predisposición hereditaria, en la cual existen una falla -- en la reserva pancreática con la consiguiente disminución cuantitativa, cualitativa o de ambas de la insulina circulante, ocasionando una alteración en el metabolismo intermedio, y en diferentes etapas de su evolución daño microvascular y macrovascular, glomerular y nervioso, por la constante concentración elevada de glucosa en sangre.

E P I D E M I O L O G I A

Dado que para el diagnóstico de diabetes mellitus se han utilizado numerosos estándares, es difícil determinar su incidencia. Se considera que la frecuencia en el mundo occidental es alrededor --- de 1%. Las estimaciones del tipo insulina dependiente son más confiables, que en el caso del tipo --- no dependiente de insulina, debido a que en el primer caso el diagnóstico se establece con mayor presición.

En Inglaterra se ha estimado 0.22% del tipo I--- a los 16 años de edad, y de 0.26% en los Estados --- Unidos de Norteamérica en un condado del Estado de Pensilvania.

En México es difícil establecer con certeza la incidencia ya que no se cuenta con estadísticas --- confiables, pero se calcula que se encuentra entre 2 y 4.5% de la población general, éste amplio ran--- go se debe a que más de la mitad de diabéticos no están diagnosticados y a que el rastreo de una --- gran parte de la población sana con antecedentes --- diabéticos es prácticamente imposible.

En América: Venezuela tiene el primer lugar con - 7.5% y le siguen Uruguay con 6.9%, Colombia con 6.8% Argentina con 6.0%, EUA con 5%, México con 4.5%, --- Cuba con 3.8%, Brasil con 2.7%, Jamaica con 2% y Chi le con 1.18%

A nivel mundial se piensa que existen de 40 a 50 millones de diabéticos conocidos aproximadamente y - otro tanto igual no es conocido.

G E N E T I C A

Desde hace tiempo se sabe que la diabetes mellitus tiene un caracter familiar. Probablemente es heterocénea desde el punto de vista genético, de tal modo que diferentes genotipos puedan ocasionar fenotipos diabéticos similares. De igual manera es probable que un defecto genético único aislado pueda producir síndromes clínicos diferentes. En la diabetes insulina dependiente los factores genéticos son esencialmente permisivos y por el contrario en la diabetes no insulina dependiente estos factores pueden ser casi causales. Esto se basa en estudios realizados en gemelos homocigotos. Así tenemos que en el caso del tipo insulina dependiente sólo se presentó en el 50% de los casos, siendo pacientes menores de 40 años de edad. Y en el tipo no insulina dependiente con homocigotos mayores de 40 años de edad se encontró casi el 100%.

En el tipo 1 los genes se encuentran en el cromosoma 6 con cuatro sitios o Loci, llamados AEDC, codi

ficados por el sistema HLA, y se ha visto que los -- que confieren mayor riesgo a padecer la enfermedad -- son: HLADR3, HLADW3, HLADR4, HLADW4, HLAB8, y HLA B15 que comparado con la población en general el riesgo es de 4 a 10 veces mayor. Los antígenos B7 y DR2 se les conoce como antígenos protectores dado que se en encuentran con mucha menor frecuencia en los diabéticos. Para el tipo 2 no se conocen la ubicación de los genes, aunque se piensa que se encuentran en el cromosoma 11, en su brazo corto, cercano al gen de la - insulina.

Unicamente para la Diabetes de Tipo Maduro que -- aparece en los jóvenes existe un patrón hereditario -- bien definido y se transmite con rasgo autosómico do minante. Su transmisión ha sido directa en tres gene raciones en mas de 20 familias y cerca del 90% de -- los portadores obligados presentan diabetes mellitus.

A pesar de los múltiples estudios realizados --- acerca de la existencia de un patrón genético en ambas formas de la enfermedad, el análisis de los pedi grees muestran una frecuencia sorprendentemente baja de transmisión directa de la enfermedad. Todo és-

to hace muy difícil discernir los mecanismos de la -
herencia por medio de estudios de familias, de tal -
modo que el consejo genético no llega a ser de confi-
abilidad absoluta y esto proporciona seguridad a los
padres diabéticos que desean tener hijos.

CLASIFICACION DE LA DIABETES MELLITUS

Actualmente se clasifica a la diabetes mellitus en dos grandes grupos que son: diabetes mellitus primaria y diabetes mellitus secundaria.

En la diabetes mellitus primaria se indica que no existe una enfermedad capaz de producir hiperglicemia. Por el contrario en la diabetes mellitus secundaria se identifica una enfermedad que es la causante del síndrome diabético.

La diabetes mellitus primaria se subdivide en -- insulino dependiente o tipo 1, y en no insulino dependiente o tipo 2, y ésta a su vez se subdivide en:

- a) no insulino dependiente en no obesos.
- b) no insulino dependiente en obesos.
- c) diabetes de tipo maduro que aparece en jóvenes.

La dependencia a la insulina no es equivalente a terapéutica estricta con insulina, mas bien indica que se esta en riesgo de producir cetoacidosis en ausencia de la misma. Además muchos pacientes no insulino dependientes se tienen que controlar con insulina cuando ya no son funcionales los hipoglucemiantes orales.

- La diabetes mellitus secundaria se subdivide en:
- a) enfermedad pancreática; como en la pancreatitis - crónica de los alcohólicos.
 - b) anormalidades hormonales; como en el feocromocitoma, acromegalia, y síndrome de Cushing.
 - c) hiperglicemia por stress; como en el caso de quemaduras extensas, cirugía, infarto agudo al miocardio.
 - d) por medicamentos; como sea los diuréticos, glucocorticoides etc.
 - e) síndromes genéticos como en la lipodistrofia, distrófia miotónica, y en la ataxia-telangiectasia.

F I S I O P A T O L O G I A

La concentración sanguínea de glucosa en sangre en un momento dado representa el equilibrio que existe entre la velocidad con que esta substancia pasa a la sangre y la velocidad con que sale de ella.

En la diabetes mellitus el defecto fundamental radica en una deficiencia relativa o absoluta de la insulina de tal modo que se altera el equilibrio de concentración sanguínea de la glucosa.

En los pacientes diabéticos existen otras hormonas que tienen efecto opuesto a la insulina, es decir con efecto hiperglicemiante y que actúan constantemente en grado variable dependiendo de la intensidad de la enfermedad.

GLUCAGON: es secretado por las células alfa de los islotes de Langerhans y es el factor estimulante de la glucólisis hepática mas poderoso que se conoce.

GLUCOCORTICOIDES SUPRARRENALES: estimula la gluconeogénesis en el hígado, bloquea la oxidación periférica de la glucosa.

HORMONA DEL CRECIMIENTO: no se conoce bien su meca--

nismo de acción, pero disminuye la salida de glucosa de la sangre.

CATECOLAMINAS: inhiben la liberación de insulina por la célula beta del páncreas, estimulan la liberación de ácidos grasos de los adipositos y estimula la gluconeogénesis.

Con la supresión de la insulina, se inicia una extraordinaria cascada de acontecimientos íntimamente ligados.

1) disminuye la utilización de glucosa por los tejidos periféricos, principalmente en el músculo y el tejido adiposo, lo cual conduce a la elevación de glucosa en sangre, además de iniciarse la gluconeogénesis que conlleva al mismo fin.

2) se desencadena la gluconeogénesis, es decir obtención de glucosa a partir de proteínas y ácidos grasos. Se produce un aumento en el catabolismo proteico en especial del músculo. El producto de la proteólisis (aminoácidos) llega al hígado donde sufre desaminación y contribuyen a la formación de nueva glucosa y a la formación de cuerpos cetónicos.

3) en el tejido adiposo se produce movilización de -

grasa almacenada, fenómeno conocido como beta-oxidación, de modo que el hígado recibe cantidades enormes de grasa que metaboliza hasta Acetil Co. A.

Desde el punto de vista metabólico se considera que la insulina no es el único factor responsable -- del trastorno que caracteriza a la diabetes mellitus.

Las interrelaciones complicadas del metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos, finalmente ocasionan una elevada concentración de glucosa en sangre, conocida como hiperglicemia, y que cuando rebasa el umbral renal aparece glucosuria acompañada -- de diuresis osmótica y que es responsable de la triada sintomática (poliuria, polifagia, polidipsia) característica de la diabetes mellitus. Cuando la falta de insulina es absoluta la beta-oxidación produce grandes cantidades de Acetil Co. A. con la consecuente formación de cuerpos cetónicos como son el -- ácido acetoacético, el ácido beta-hidroxi-butírico y -- la acetona, ocasionando cetonemia y subsecuentemente acidosis metabólica y cuando se rebasa el umbral renal aparece la cetonuria que agrava la deshidratación.

Quando estos eventos son de magnitud severa conducen al estado de coma, necesitando se maneje urgente y adecuado, ya que de lo contrario sobreviene la muerte. Además de las complicaciones agudas como --- son el coma hiperosmolar, el coma cetoacidótico y - el coma hipoglucémico, también existen complicaciones crónicas como son la nefropatía diabética, la retinopatía diabética, mononeuropatía y polineuropatía diabética, así como alteraciones cardiovasculares -- y lesiones ulcerosas , dando origen al pie diabético.

D I A G N O S T I C O

El diagnóstico de la diabetes mellitus no representa ninguna dificultad cuando se trata de un paciente con sintología franca (poliuria, polifagia y -- polidipsia) y al mismo tiempo se muestra que tiene -- hiperglicemia y consecuentemente diuresis osmótica. Lo mismo sucede cuando se tiene un paciente asintoma tico con elevación de glucosa en sangre en ayunas en forma persistente. El problema surge cuando se tiene un paciente diabético en potencia pero que tiene glicemias normales en ayunas . En este caso se recurre a la Curva de Tolerancia a la Glucosa, no quedando -- duda que una curva normal descarta por completo el -- diagnóstico de diabetes, sin embargo el valor pronóstico de una prueba positiva es menos categórico.

Con este procedimiento se diagnostican con mucha mayor frecuencia casos de diabétes que habían pasado inadvertidos, sin embargo también existen bastantes -- falsas positivas debido a que se produce un estado -- tensional en el momento de realizar la venopunción, -- incluso se ha visto que la venopunción por sí misma -- causa descarga de adrenalina que va a aumentar la --

carga de glucosa que ya no es controlada como debiera ser. Para tratar de resolver este problema El National Diabetes Data Group recomienda los siguientes criterios para el diagnóstico, después de obtener -- una curva de tolerancia a la glucosa anormal.

1.- Ayuno por la noche, y por la mañana glicemia mayor o igual a 140 mg/100 ml. por lo menos en dos ocasiones separadas.

2) Administrar 75 mg. de glucosa y obtener una glicemia mayor o igual a 200 mg/100 ml a las dos horas -- por lo menos en dos ocasiones separadas.

En caso de obtener estos parámetros positivos se afirma que el paciente es diabético.

Los pacientes que en la primera fase tengan glicemia entre 140 y 200 mg/100 ml. , y en la segunda - fase tengan 200 mg./100 ml. se dice que tienen intolerancia a los carbohidratos, con un pronóstico impredecible ya que no todos los pacientes con intolerancia anormal a los carbohidratos se tornan diabéticos.

TRATAMIENTO

Los objetivos principales del tratamiento de la diabetes mellitus son:

- a) lograr un control metabólico adecuado.
- b) prevenir el desarrollo de las complicaciones agudas y tardías.

Para lograr estos objetivos se cuenta con tres recursos terapéuticos que son; la dieta, el ejercicio, y los hipoglucemiantes orales o la insulina. Generalmente los diabéticos tipo 2 se controlan adecuadamente con la dieta y el ejercicio, pero cuando esto no es posible se recurre a los hipoglucemiantes. Los hipoglucemiantes disponibles y autorizados en nuestro país son las sulfonilureas y en menor grado las biguanidas por sus efectos indeseables. Las biguanidas se utilizan en combinación con las sulfonilureas por su efecto sumativo y de potencialización.

Las sulfonilureas aumentan la producción de insulina e incrementan la cantidad de receptores periféricos a la insulina y disminuyen la producción hepática de glucosa.

Las sulfonilureas se clasifican de acuerdo a su

duración de acción farmacológica.

Nombre genérico	Acción (HS).	Dosis (mg.)
Tolbutamida	6-12	500-3000 mg.
Glibenclamida	12-24	5-15 mg.
Clorpropamida	60'	250-750 mg.
Gluburide	24	2.5-30 mg.

Para su uso debe conocerse que su acción puede ser corta, intermedia o larga, conocer sus indicaciones, sus contraindicaciones y su potencialización -- con otras drogas.

Los principales efectos indeseables son: hipoglicemia, discrasias sanguíneas, lesiones dérmicas efecto antitiroideo, náuseas, vómitos, colestasis hepática, edema, hiponatremia y potencialización con otras drogas.

INSULINA

De la población total de diabéticos, solamente una minoría (15%) requieren de insulina para su control . En este grupo se incluyen diabéticos tipo 1 y

tipo 2 que no logran controlarse con dieta, ejercicio y sulfonilureas. Así como diabéticos tipo 2 durante períodos de stress, alergia a los hipoglucemiantes, y en las mujeres embarazadas.

El mecanismo de acción es el siguiente en la insulina: a) aumenta la captación y metabolismo de la glucosa por los tejidos periféricos, b) suprime la producción hepática de glucosa y promueve el almacenamiento de energía en la forma de tejido graso.

TIPOS DE INSULINA

Origen	Tipo	Acción	Duración	Efecto Maximo
Bobino	Simple	Rápida	5-7 hs.	4 hs.
Bobino	NPH	Intermedia	24-28 hs.	14 hs.
Bobino	Protamina Zinc	Frolongada	36 hs.	19 hs.
Bobino	Lenta	Intermedia	24-48 hs.	14 hs.

También se dispone de insulina de acción rápida e intermedia de origen porcino. Estas insulinas usadas individualmente o en combinación satisfacen todos los requerimientos de cualquier paciente diabético. La selección del tipo de insulina depende del paciente, en términos generales el tratamiento puede -

iniciarse con insulina intermedia NPH o insulina de acción rápida. La insulina bovina aunque no está totalmente purificada es capaz de generar anticuerpos anti-insulina en el paciente. La mayor parte de los diabéticos responden adecuadamente y sólo un bajo porcentaje de ellos desarrolla resistencia a la insulina por anticuerpos. La insulina porcina es más purificada por lo que su capacidad antigénica es sensiblemente menor pero su precio es mayor. Aunque existe gran variabilidad de respuesta de los pacientes, la mayoría se controlan con 40a 100 unidades, ya sean diabéticos tipo 1 ó tipo 2. En los pacientes con hiperglicemia estable se puede iniciar el tratamiento con dosis de 15 a 20 unidades subcutánea diariamente media hora antes del desayuno. La insulina requiere control y vigilancia por parte del médico, ya que el mal uso puede ocasionar las siguientes complicaciones: hipoglicemia, efecto Somogy, lipodistrofia, alergia a la insulina y resistencia a la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Tiene relación el nivel cultural y económico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II adscritos al HGZ No. 49 IMSS con la descompensación de su padecimiento?

H I P O T E S I S

Los pacientes con diabetes mellitus tipo II con nivel cultural y económico bajos presentan mayor frecuencia de descompensación que los pacientes con diabetes mellitus con un nivel cultural y económico elevados.

O B J E T I V O S

- 1.- Demostrar si existe relación de asociación estadísticamente significativa entre el bajo nivel cultural y económico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II y la descompensación de su padecimiento.
- 2.- Demostrar de que Unidad Médico Familiar se descompensan más los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- 3.- Describir el tipo de complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- 4.- Demostrar en que sexo predomina la diabetes mellitus.

DISEÑO DEL ESTUDIO

I.- TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio por sus características puede clasificarse como de tipo prospectivo, transversal, observacional, descriptivo y comparativo.

II.- UBICACION ESPACIO TEMPORAL

El estudio fue limitado al área del servicio de urgencias adultos del HGZ No. 29 IMSS, durante el periodo de tiempo comprendido entre el primer y el 30 de noviembre de 1988.

III.- UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes masculinos y femeninos con diabetes mellitus tipo II descompensados que fueron atendidos en el servicio de urgencias del HGZ No. 29 IMSS.

IV.- CRITERIOS DE INCLUSION

- A) Pacientes de ambos sexos con diabetes mellitus tipo II con evolución mínima de 2 años.
- B) Pacientes con diabetes mellitus tipo II descompensados que fueron atendidos en el servicio de urgencias del HGZ NO. 29 IMSS, durante el periodo que se desarrolló el estudio.
- C). Pacientes con los dos criterios anteriores - que aceptaron entrar al estudio.

V.- CRITERIOS DE NO INCLUSION

- A).- Pacientes con diabetes mellitus tipo I.
- B).- Pacientes con diabetes mellitus tipo II - con menos de dos años de evolución.

VI.- CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos los pacientes que no reunieron los criterios de inclusión.

VII DEFINICION DE LAS VARIABLES

a) Variable Dependiente:

Diabetes Mellitus tipo II descompensada

b) Variable Independiente:

Nivel cultural y económico bajos

NIVEL CULTURAL

Grado de conocimientos, costumbres, normas, religión, e ideología imperantes en un momento dado y ámbito - determinado que caracteriza a un individuo.

a) Religión

b) Costumbres

c) Escolaridad

d) Conocimiento de la enfermedad.

NIVEL ECONOMICO

Esta dado por la estratificación social en el que la posición adquirida está determinada básicamente por criterios económicos, los cuales van a determinar va riaciones en el estilo de vida y de oportunidades pa ra el desarrollo del individuo.

- a) Ingreso percápita
- b) ocupación.

VIII.- MATERIAL Y METODO

Se seleccionó en forma aleatoria a 50 pacientes con diabetes mellitus descompensados que fueron atendidos en el servicio de urgencias adultos - del H3Z No. 29 IMSS, durante el periodo en que se desarrolló el estudio.

Se integraron tres grupos dependiendo de la Unidad Médico Familiar a que están adscritos y se les aplicó un cuestionario directo estructurado mediante la técnica de la entrevista clínica directa.

Los resultados obtenidos fueron vaciados en tablas específicas para su tabulación y tratamiento estadístico.

CATEGORIZACION Y OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE
INDEPENDIENTE

FACTORES CULTURALES Y ECONOMICOS

INDICADORES	No. DE PREGUNTA	CATEGORIA
NIVEL CULTURAL		
Religión	9 39	INFLUYE
Costumbres	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 36	
Escolaridad	5	
Conocimiento de la enfermedad	11 22 23 24 25 26 27 28-35 37 38-45	NO INFLUYE
NIVEL ECONOMICO		
Ingreso per cápita	6 7 10	INFLUYE
Ocupación	4	NO INFLUYE

CUESTIONARIO

- 1.- Nombre
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Ocupación
- 5.- Escolaridad
- 6.- Número de integrantes de la familia.
- 7.- Quiénes dependen de usted? No. de familiares
- 8.- Número de clínica de adscripción (UMF)
- 9.- Su religión es?
Católica Evangélica Mormón Otra.
- 10.- Ingreso percápita mensual.....
- 11.- A que cree usted que se debe su enfermedad?
Brujería Susto o coraje Herencia
Obesidad lo ignora.
- 12.- Toma remedios caseros para el control de su enfermedad? si no
- 13.- Que remedios toma?.....
- 14.- Fuma usted? si no
- 15.- Actualmente ingiere bebidas alcoholicas? si no
- 16.- Realiza algún deporte o ejercicio? si no
- 17.- Acostumbra tomar sus alimentos a una hora establecida?
si no

- 18.- Inviere alimentos o antojitos en la calle?
si no
- 19.- Acostumbra tomar algún tipo de yerbas especifi-
cas para el control de su enfermedad? si no
- 20.- Ha tomado alguna vez el hospital para el control -
de su enfermedad? si no
- 21.- Por que lo hace?.....
- 22.- Sabe usted que es la diabetes mellitus? si no
- 23.- Que tiempo tiene usted de ser diabético?
2-5 años, 5-10 años, 10-20 años, mas de 20 años.
- 24.- La diabetes mellitus se puede heredar? si no
- 25.- La diabetes mellitus se puede curar? si no.
- 26.- Que complicaciones puede producir la diabetes?
ulceras de pies afecta al riñón ceguera
afecta al corazón.
- 27.- Conoce los resultados de su ultima glucosa en
sangre? si no Indíquela-----
- 28.- Con que medicamentos se controla su diabetes?
.....
- 29.- Conoce que molestias pueden presentarse al des-
compensarse su enfermedad?

mucha sed mucha hambre mucha orina

resequedad de boca otras.....

30.- Cuando le baja la azucar que hace?

acude al medico toma algún remedio
ingiere dulces ninguno

31.- Conoce usted cuando le baja la azucar? si no

32.- Conoce las causas que le pueden bajar la azucar?
si no

33.- Conoce usted cuando le sube la azucar? si no

34.- Cuando sube su azucar que hace?

acude al médico toma sus medicamentos
toma algun remedio ninguno.

35.- Señale que causas le pueden aumentar la azucar:

.....

36.- Que dieta lleva?.....

37.- De que manera ingiere sus medicamentos?

antes de los alimentos con los alimentos
despues de los alimentos cuando se siente mal
con horario sin relacion con los alimentos.

38.- Se aplica insulina? si no.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN 50 PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS ADULTOS
DEL HGZ No. 29 IMSS
(DEL 1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)

CATEGORIA INDICADORES	UMF 23				HGZ 29				UMF 94			
	conoce		no conoce		conoce		no conoce		conoce		no conoce	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
CONCEPTO DE ENFERMEDAD	6	12	14	28	2	4	7	14	8	16	13	26
CAUSA DE ENFERMEDAD	8	16	12	24	2	4	7	14	4	8	17	34
COMPLICACIONES	8	16	12	24	4	8	5	10	5	10	16	32
TRATAMIENTO	3	6	17	34			9	18	2	4	19	38
PREVENCION	3	6	17	34			9	18	2	4	19	38

ESCOLARIDAD EN 50 PACIENTES CON DIABETES MELITUS
DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS ADULTOS DEL
HGZ No. 29 INSS

(DEL 1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)

ESCOLARIDAD	UMF 23		HGZ 29		UMF 94		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	No.	%
	No %	No %	No %	No %	No %	No %		
ANALFABETAS	3 6	2 4		1 2		5 10	11	22
PRIMARIA INCOMPLETA	3 6	2 4	2 4	2 4	3 6	7 14	19	38
PRIMARIA COMPLETA	2 4	6 12	1 2	2 4		3 6	14	28
SECUNDARIA	1 2		1 2			2 4	4	8
PREPARATORIA		1 2				1 2	2	4

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Tabla No. 1

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN 50 PACIENTES CON
 DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN
 URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ No. 29 IMSS

(DEL 10. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)

CATEGORIA INDICADORES	CONOCE		NO CONOCE	
	No.	%	No.	%
CONCEPTO DE ENFERMEDAD	16	32	34	68
CAUSA DE ENFERMEDAD	14	28	36	72
COMPLICACIONES	17	34	33	66
TRATAMIENTO	5	10	45	90
PREVENCION	5	10	45	90

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Tabla No. 2

INGRESO PERCAPITA EN 50 PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS
ADULTOS DEL HGZ No. 29 IMSS

(DEL 1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)

INGRESO PERCAPITA	UMF 23		HGZ 29		UMF 94		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	%	
\$ 20,000-50,000	9	18	2	4	9	18	20	40
\$ 51,000-100,000	7	14	5	10	8	16	10	20
\$ 101,000- y más	4	8	2	4	4	8	10	20

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

Tabla No. 3

TIPO DE OCUPACION EN 50 PACIENTES CON DIABELTES
MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS
ADULTOS DEL HGZ No. 29 IMSS

(DEL 10. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)

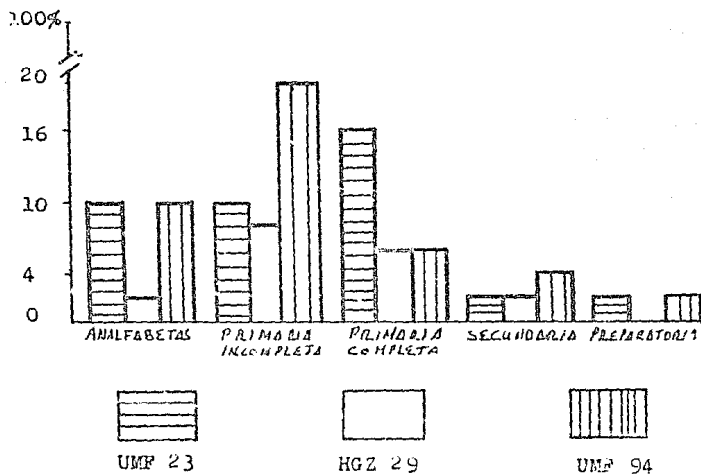
OCUPACION	UMF 23		HGZ 29		UMF 94		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DESEMPLEADOS	3	6	2	4	1	2	6	12
AMAS DE CASA	10	20	4	8	14	28	28	56
PENSIONADOS	2	4	2	4	3	6	7	14
OBREROS	5	10	1	2	3	6	9	18

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Tabla No. 4

DISTRIBUCION DE LA ESCOLARIDAD EN 50 PACIENTES CON
 DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN
 URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ 29 IMSS

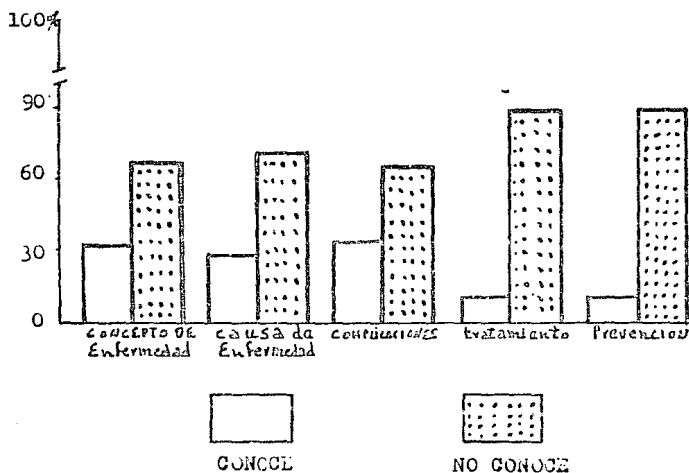
(DEL 10. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)



FUENTE: Tabla No. 1

DISTRIBUCION DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN 50
 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADOS
 ATENDIDOS EN URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ 29 IMSS

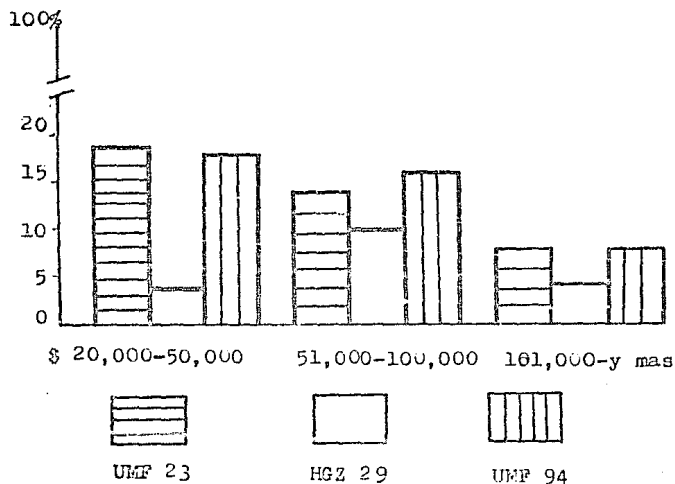
(DEL 10. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)



FUENTE: Tabla No. 2

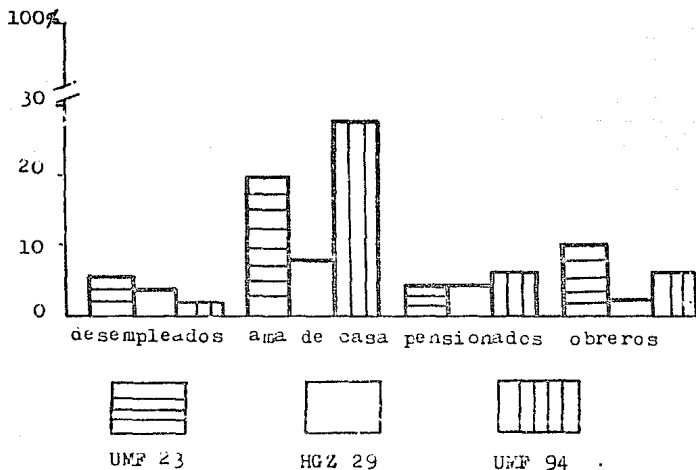
DISTRIBUCION DEL INGRESO PERCAPITA EN 50 PACIENTES
 CON DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN
 URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ 29 IMSS

(DEL 1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)



FUENTE: Tabla No. 3

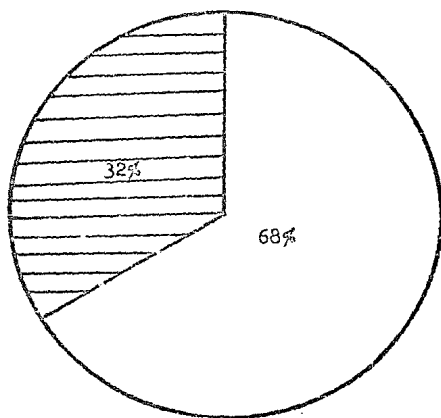
DISTRIBUCION DEL TIPO DE OCUPACION EN 50 PACIENTES
 CON DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS
 EN URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ 29 IMSS
 (DEL 1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)



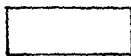
FUENTE: Tabla No. 4

DISTRIBUCION POR SEXO EN 50 PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS
ADULTOS DEL HGZ No. 29 IMSS

(DEL 1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)



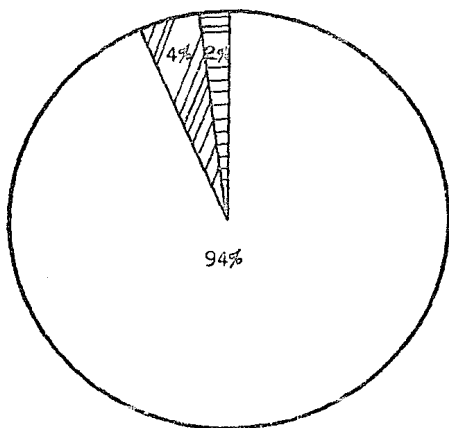
MASULINO



FEMENINO

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

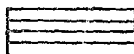
DISTRIBUCION DE LA RELIGION EN 50 PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADOS ATENDIDOS EN
URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ 29 IMSS
(DEL 1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988)



Católicos



Evangélicos



Testigos de Jeova

Fuente: Entrevista Directa

ANALISIS ESTADISTICO

HIPOTESIS ESTADISTICAS:

- 1) HIPOTESIS NULA: los pacientes con diabetes mellitus tipo II con nivel cultural y económico bajos-presentan igual frecuencia de descompensación de su padecimiento que los pacientes con diabetes mellitus tipo II con nivel cultural y económico elevado.

- 2) HIPOTESIS ALTERNA: los factores culturales y económicos si influyen en la descompensación de los-pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TIPO DE ESTUDIO:

- a) unilateral a la derecha
- b) muestra mayor de 20
- c) variables nominales
- d) No. de grupos ; tres
- e) No. de categorías; 2 (influye no influye)
- f) prueba estadística χ^2 para una sola muestra no -
paramétrica por haberse usado variables nominales.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

- g) nivel de significancia; 0.05
- h) χ^2 crítica = 4.60
- i) grados de libertad = 2

CRITERIOS DE RECHAZO

Se rechaza H_0 si: $\chi^2_{exp.} > \chi^2_{crítica.}$

$$\chi^2_{exp.} > \chi^2 = 4.60$$

R E S U L T A D O S

Se estudió un total de 50 pacientes diabéticos-- tipo II descompensados , que fueron atendidos en urgencias adultos del H7Z No. 29 IMSS, del 10. al 30- de noviembre de 1988, con un promedio de edad de 60- años, con un mínimo de 30 años de edad y un máximo - de 82 años de edad, habiendose presentado entre los- 30 y 40 años de edad 5 casos, entre 41 y 50 años de- edad 4 casos, entre 51 años de edad y 60 años de --- edad 21 casos, etre 61 y 70 años de edad 10 casos, - entre 71 y 80 años de edad 7 casos y entre 81 y 90 - años de edad 3 casos.

En cuanto a sexo, correspondió al sexo masculino el 34% (16 pacientes) y al sexo femenino correspon-- dió el 68% con 34 pacientes del total .

En relación a la escolaridad se encontraron anal- fabetas en un 22% del total, con primaria incompleta en un 38%, con primaria completa en un 28%, con se-- cundaria un 8% y con preparatoria 4%.

En conocimiento de la enfermedad se encontró que un 34% conoce y un 68% no conoce.

El análisis del ingreso per cápita mostró que to dos los pacientes se encuentran en el nivel económico bajo con un ingreso menor a 101,000 pesos mensuales

En la ocupación de los pacientes se encontró desempleados en un 12% , amas de casa en un 56%, pensionados en un 14% y obreros en un 18%.

En cuanto a religión se refiere se observó que el 94% correspondió a la religión católica, el 4% a la religión evangélica y 2% a los testigos de Jecva.

En relación a los hábitos y costumbres, se encontró que en la totalidad de los pacientes se llevan a cabo en forma negativa para el padecimiento.

En el tratamiento estadístico se obtuvo una χ^2 experimental menor que la χ^2 crítica, por lo tanto: no existe relación de asociación estadísticamente significativa entre el bajo nivel cultural y económico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II y la descompensación de su padecimiento.

El tratamiento estadístico reportó los siguientes resultados:

a) Conocimiento de la causa de la enfermedad:

$$\chi^2_{\text{exp.}} = 2.09 < \chi^2_{\text{crit.}} = 4.60$$

Por lo tanto $2.09 < 4.60$

b) Conocimiento del concepto de la enfermedad:

$$\chi^2_{\text{exp.}} = 0.808 < \chi^2_{\text{crit.}} = 4.60$$

Por lo tanto $0.808 < 4.60$

c) Conocimiento de complicaciones

$$\chi^2_{\text{exp.}} = 1.73 < \chi^2_{\text{crit.}} = 4.60$$

Por lo tanto $1.73 < 4.60$

d) Conocimiento del tratamiento y prevención.

$$\chi^2_{\text{exp.}} = 1.46 < \chi^2_{\text{crit.}} = 4.60$$

Por lo tanto $1.46 < 4.60$

e) Ingreso percápita

$$\chi^2_{\text{exp.}} = 1.45 < \chi^2_{\text{crit.}} = 4.60$$

Por lo tanto $1.45 < 4.60$

C O N C L U S I O N E S

Las principales complicaciones observadas fueron del tipo de infección de vías urinarias bajas, insuficiencia renal, retinopatía diabética, úlceras de miembros inferiores, neuropatía diabética. Dichas -- complicaciones prácticamente son tipo tardías, debido a que los pacientes presentaron una evolución de su padecimiento de 5 a 25 años. En cuanto a las complicaciones en la esfera sexual, únicamente tres pacientes de sexo masculino manifestaron preocupación -- indicando que el principal trastorno se debía a la -- incapacidad para la erección. Esto tal vez sea ocasionado por los factores socioculturales que influyen en -- la esfera sexual, de tal manera que para el paciente todavía es un tabú conversar acerca de estos aspectos.

En relación al sexo, se encontró que predominó -- el sexo femenino, lo cual concuerda con las estadísticas internacionales, y prob. esté ocasionado por el mayor sedentarismo, mayor susceptibilidad a ingerir -- alimentos constantemente, el número de embarazos. Por otra parte la mujer se descompensa con mayor fre-

cuencia debido a que en el control de su padecimiento prácticamente no interviene la familia, lo cual no ocurre en el hombre, ya que en éste caso el tratamiento está supervisado por la esposa.

En relación a la religión no se observó influencia directa ya que en ningún caso se manifestó el impedimento o favorecimiento de alguna conducta en relación con la diabetes mellitus.

En cuanto a la escolaridad, se encontró que el grueso de los pacientes tienen mínima escolaridad,-- existiendo una relación inversamente proporcional en relación al nivel de escolaridad y el grado de des--compensación de la enfermedad.

En relación al conocimiento de la enfermedad, se observó que en todos los parámetros utilizados, predominó una franca ausencia de conocimiento de la enfermedad, esto es explicado por que los pacientes no pertenecían a ningún club de diabéticos y por otro lado a que la información obtenida en forma parcial no ha logrado concientizar al paciente diabético de que su participación activa es fundamental para su buen control.

Acerca de la ocupación se observó que únicamente nueve pacientes fueron económicamente activos (obrero), los demás fueron prácticamente desempleados, -- lo cual limita en forma decisiva para llevar a cabo una dieta adecuada.

Las costumbres y los hábitos influyeron en forma negativa debido a que el paciente no realiza ningún tipo de ejercicio y por ende fomenta el sedentarismo ingiere bebidas alcohólicas, lo cual favorece la descompensación metabólica, el ingerir alimentos y antojitos en la calle con la consecuente descompensación. El uso esporádico y desordenado de algunos vegetales como son la sávila y principalmente el nopal que le jos de beneficiar al paciente , por el contrario lo descompensa. Llama la atención el hecho de que la mayoría sabe que la sobrealimentación los descompensa, sin embargo ninguno hace dieta adecuada. Algunos pacientes refieren que es difícil por cuestiones laborales y otros(la mayoría) no lo hacen simplemente porque se aburren, incluso después de haber recibido información por los servicios de dietología.

En cuanto a comparación entre los tres grupos --

elaborados dependiendo de su clinica familiar de adscrición, se observó que predominaron los pacientes de la clinica 94, seguida de la clinica 23 y por último la clinica 29. En este punto es importante mencionar que en estas clinicas se le imparten platicas al paciente diabético acerca de su padecimiento, de tal modo que el paciente sabe lo que tiene que hacer sin embargo simplemente no lo hace. Por otra parte - el hecho de que el paciente tenga conocimientos acerca de su enfermedad no garantiza que tenga una participación activa para su buen control. Por consiguiente la alternativa es trabajar con la familia, de tal modo que esta se comprometa a participar en forma activa en el manejo y estimular en forma positiva al paciente para que realmente se lleven a cabo los principios del tratamiento y las medidas preventivas para evitar complicaciones tanto agudas como crónicas.

En resumen el análisis de estos obtenidos, concluyen en forma general que la mayor parte de los pacientes estudiados presentaron nivel cultural y económico bajos. Con una relación inversamente proporci

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

onal entre dichos factores y la descompensación del paciente diabético, es decir que a menor nivel cultural y económico, existan mayores posibilidades de descompensación del padecimiento, sin embargo desde el punto de vista estadístico la prueba utilizada no fue significativa, en primer lugar debido a que la muestra seleccionada no fue lo suficientemente grande y segundo a que probablemente sea necesario realizar un estudio comparativo entre pacientes compensados y pacientes descompensados y de tipo longitudinal para observar el comportamiento a través de un periodo de tiempo para poder obtener resultados representativos y confiables.

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

- 1.- Harrison y Col. Principios de Medicina Interna. 11ed. Nueva York. Mc Graw Hill 1988.
- 2.- Tepperman. Fisiología Metabólica y Endócrina. 3a. ed. México, D.F. Interamericana 1975.
- 3.- Robbins and Angell. Basic Pathology. 2da. ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company 1976.
- 4.- Monografía No. 4. Diabetes. Sociedad Médica del Hospital General 1979:1-128.
- 5.- Fortilla. Estadística primer curso, 4da. ed. Interamericana. México 1986.
- 6.- Zarate y Col. Programa Nacional para la detección y el tratamiento de la diabetes mellitus. Gaceta Médica de México. Oct 1987(123):203-211.
- 7.- Fagnanuel y Col. Diabetes Mellitus. Rev. Fac. Med. Jul 1983(44):259-279.
- 8.- Prado Vega. Historia Natural de la Diabetes Mellitus. Rev. Fac. Med. Oct 1981 (24)15-36.
- 9.- M.J. Jautich. Factor in erectile failure among - diabetics. Urology. Feb 1982(19)63-68.

- 10.- C.E. Mongensen y Col. The Stages in Diabetic --
renal Disease. Diabetes. Jun 1983(32)64-77.
- 11.- Yaddollah. Diabetic Feripheral Neuropathies.
An. Cl. Int. Med. Oct 1957(107)546-559.
- 12.- Rucher. Introduccion a la Sociologia General.
8va. ed. Barcelona 1963.
- 13.- Recansen. Tratado General de Sociologia. 5ta ed.
México, D.F. Porrúa 1963.
- 14.- Lehninger. Biochemistry. 2da. ed. Worth Publi--
shers, Inc. New York. 1976.