



Aspectos epidemiológicos, clínicos y sociales del retraso mental en la Región de Murcia

CONCEPCION GOMEZ-FERRER GORRIZ

Médico Psicólogo del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica

I. INTRODUCCION

Cuando no hace demasiados años la sociedad española empezó a tomar conciencia de la existencia de los retrasados mentales y los problemas asistenciales que planteaban, se fueron programando soluciones, fundamentalmente, educativas y en ámbitos muy reducidos.

Era desde el punto de vista médico y más concretamente psiquiátrico desde el que se tenían más conocimientos de la etiología orgánica de la oligofrenia, sus principales manifestaciones clínicas y los escasos recursos terapéuticos. Pero resultaba, a todas luces, insuficiente y en la década de los sesenta comenzaron a realizarse estudios epidemiológicos para poder conocer su distribución geográfica, la incidencia según sexo, edad y población (1) (9) (10), así como los posibles factores causales de tipo cultural, social, económico (2) (3) (5) (9) y las características individuales y familiares (4) (6) que pueden influir en el origen, evolución y pronóstico de la afección que nos ocupa, con el objeto de poder establecer la prevención adecuada a todos los niveles (8) y planificar los recursos asistenciales necesarios de tipo médico, educativo, laboral y social.

En algunos de estos estudios de ámbito nacional se incluían datos referentes a nuestra provincia de Murcia (9) (10) y nosotros mismos hicimos una revisión (7) de los recursos existentes entonces que eran totalmente insuficientes para los retrasados mentales que calculábamos había en aquellos momentos, aunque no era posible conocer con exactitud su número y características.

Para seguir profundizando en esta problemática del retraso mental, planificamos este trabajo siendo su objetivo fundamental el de establecer, en base a una muestra aleatoria, los perfiles médico, psicológico y social más característicos de esta población enferma, para poder sentar prioridades en la posible y necesaria actuación sanitaria pública.

En segundo lugar, poder llegar a la caracterización clínica y social de los principales grupos de enfermos, así como de los factores determinantes y concomitantes a la aparición de la enfermedad.

Y, en tercer lugar, una aproximación a la distribución geográfica, no de la enfermedad en sí que requiere otro tipo de metodología, sino del recurso a las instituciones sanitarias públicas por parte de este colectivo social.

Y con estos objetivos fundamentales iniciamos nuestro trabajo del que vamos a exponer un sucinto resumen.

II. MATERIAL Y METODO

A) *Material:* Hemos estudiado un total de 700 casos de retrasados mentales vistos en la consulta del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de Murcia, distribuidos en dos partes de características distintas.

La primera de ellas está constituida por 200 casos que solicitaron la ayuda económica de la Seguridad Social en cuanto ésta fue creada, vistos durante los meses de marzo a mayo de 1969.

La segunda parte consta de 500 casos que acudieron por este motivo o por otros distintos, durante los años 1972 y 1973. En estas historias pudimos recoger un mayor número de datos porque las realizamos después de proyectado nuestro trabajo y de haber iniciado el estudio de los primeros 200 casos recogidos.

En ambas partes incluíamos sólo los enfermos que presentaban retraso mental en todos sus grados y los que tenían nivel intelectual límite, hasta un Cociente Intelectual de 85, prescindiendo de los normales en inteligencia. La edad máxima fue de 18 años en la primera parte y 21 años en la segunda.

Queremos hacer hincapié en que tuvimos buen cuidado de utilizar solamente los datos que conocíamos con certeza para que el trabajo fuera

válido, aunque tuviéramos que prescindir de otros que nos resultaban atrayentes. Resaltamos, también, la importancia y carácter científico que tienen los estudios clínicos realizados con un material de ámbito provincial como es nuestra consulta. Quiero recordar y agradecer la valiosa aportación de todo el equipo del Centro de Diagnóstico en la cuidadosa recogida de los datos realizada de modo habitual al elaborar la historia clínica.

B) *Método*: Determinamos un total de cincuenta y ocho variables a estudiar, estableciendo una codificación de las mismas. No las detallamos para no alargar esta exposición pero podemos agruparlas en varios apartados:

1) *Datos de filiación del Retrasado Mental*: sexo, edad, lugar de residencia.

2) *Datos familiares*: edad y salud de padres y hermanos, características de la fratría.

3) *Datos sociales*: nivel socio-profesional de los padres, características de la vivienda.

4) *Datos personales del Retrasado Mental*: de sus antecedentes, escolaridad, exploraciones somática, neurológica y psicológica realizadas, diagnóstico y tratamiento.

Después de codificados los 700 casos, según estas variables, obtuvimos mediante ordenador electrónico la distribución de frecuencias y los distintos porcentajes de cada una de ellas, todo lo cual lo hemos descrito y expresado en tablas, gráficas e histogramas.

También se han estudiado las relaciones de cada una de las variables con otras fijas: sexo, edad y grado de retraso mental, de las que hemos obtenido la distribución de frecuencias, el porcentaje y el Coeficiente de Contingencia X^2 de Pearson, habiendo descrito y expresado en tablas las que tenían una relación significativa, con una probabilidad del 1 por mil y del 1 ó 5 por cien.

Este mismo estudio lo ampliamos en los 500 casos de la segunda parte relacionando las diversas variables entre sí.

Todos estos datos los hemos obtenido de las dos partes por separado y del total de casos, haciendo un análisis comparativo de ambas partes.

También hemos obtenido los Índices de subnormalidad por cien mil habitantes referidos a cada municipio y comarca según el número de retrasados vistos de cada población y aplicando la fórmula:

$$\text{Índice de subnormalidad: } \frac{\text{Número de enfermos vistos}}{\text{Número total de población}} \times 100.000$$

El número de habitantes de cada municipio es el correspondiente a la «Población de hecho» del censo general de población de 1970 de la provincia de Murcia.

III. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resumimos los principales resultados y conclusiones referidos al total de los 700 casos.

1. Datos de filiación del Retrasado Mental

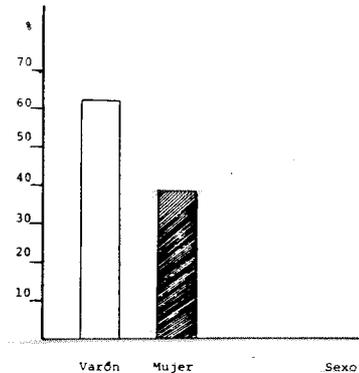
Hay un predominio del sexo masculino (62%) sobre el femenino (38%) (Gráfica 1).

La edad que el retrasado tiene cuando acude a la consulta es sobre todo la escolar, entre 7 y 12 años (46%), seguida de la primera infancia (31%) y en menor proporción de la adolescencia (23%), entre los 13 y 18 años.

La comarca que presenta el índice más alto de subnormalidad, referida a 100.000 habitantes, es la Vega Alta (126), seguida de Murcia (96) y del Campo de Cartagena (90). A distancia se encuentran las de Caravaca (53), Abanilla-Fortuna (49) y Lorca (48), correspondiendo el índice más bajo al Altiplano (44) (Mapa).

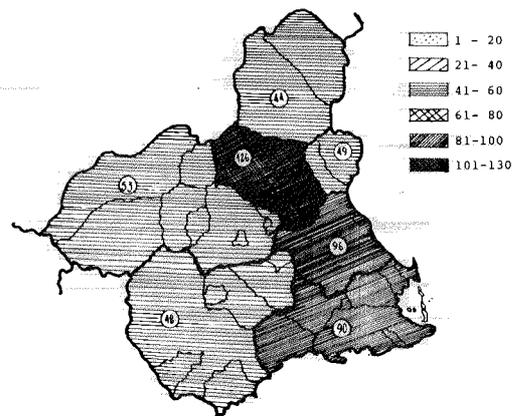
GRAFICA 1

Distribución porcentual según sexo (N = 700)



M A P A

Índices de Subnormalidad, por 100.000 habitantes, en las comarcas (N = 700)



2. Datos familiares

Las edades que los padres tenían al nacer el hijo siguen las tendencias de la población general. Pero es muy significativa la diferencia de edad de las madres que tienen hijos con Síndrome de Down (45 casos). El 26% de éstos nacieron de madres mayores de 40 años, entre los que sólo había un 3% de los demás deficientes, mientras que un 33% de éstos nacen de madres menores de 25 años, entre los que sólo encontramos un 7% de casos de Síndrome de Down. En las madres entre

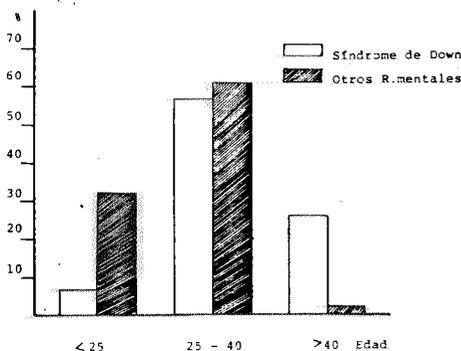
25 y 40 años es muy semejante la proporción de casos de Síndrome de Down (58%) y de los demás retrasados (61%) (Gráfica 2).

Respecto a la fratría, la media del número de hijos es de 3,907, predominando las familias con 2, 3 y 4 hijos.

El retrasado ocupa, con mayor frecuencia, el primer lugar (29%), decreciendo a medida que aumenta el número de orden, destacando los cuatro primeros sobre los demás. La media general es de 2,7 mientras que el lugar medio ocupado por los que tienen Síndrome de Down es de 4,5 (Gráfica 3).

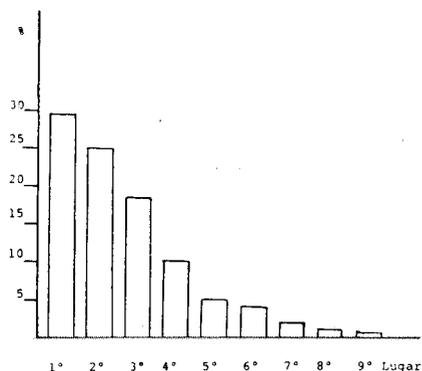
GRAFICA 2

Distribución según edad de la madre y diagnóstico (N = 500)



GRAFICA 3

Distribución según el lugar del retrasado mental en la fratría (N = 700)



3. Datos sociales

La profesión del padre más frecuente es la de obrero agrícola eventual (29%) seguida de los obreros industriales fijos (26%) y de la construcción (12%).

El sector profesional predominante es el industrial (54%) seguido del agrícola (32%), estando escasamente representado el de Servicios (5%).

Respecto al nivel socio-económico, el 77% de los casos pertenecen a la clase baja, un 17% a la clase media y sólo hay un 0,4% de familias de nivel alto.

Las viviendas en general son propias (42%) o de alquiler (39%) con un número medio de habi-

taciones de 3,40 y de familiares de 5,8, por lo que el índice de hacinamiento es de 1,70.

Un 77% de viviendas tienen agua potable e inodoro con desagüe general, careciendo totalmente de servicios higiénicos un 10,5% de los casos, la mayoría de las familias (95%) tienen luz eléctrica.

4. Historia personal del Retrasado Mental

Existen anomalías en el 9% de los embarazos y fueron considerados asfícticos el 16% de los partos.

En el desarrollo psicomotor hay un patente retraso en el inicio de la marcha (23% después de los 2 años), más en el lenguaje (48% después de los 2 años) y mucho más en el control de esfínteres que fue patológico en el 56% de los casos.

Respecto a enfermedades importantes padecidas, un 28% han tenido crisis convulsivas, una cuarta parte sufrían cefaleas con frecuencia, otra cuarta parte tienen enfermedad cerebral y un 23% sufren alguna enfermedad somática importante.

Más de la mitad de los casos (53%) no han tenido escolaridad, un 39% han ido a escuela normal y sólo un 8% reciben Enseñanza Especial.

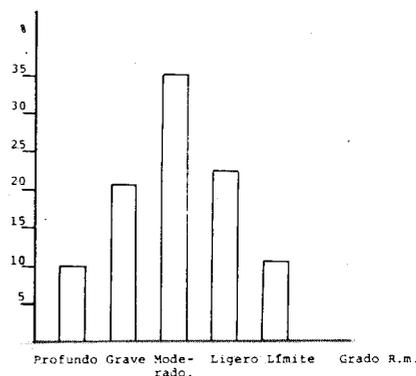
La exploración somática era patológica en el 26% de los casos y la neurológica en el 28%.

Para determinar el nivel intelectual se aplicó el Test de Terman en el 60% de los casos, el diagnóstico de desarrollo de Gesell en el 42,5% y la figura humana de Goodenough, en el 20%, como complemento.

En cuanto al nivel de deficiencia y siguiendo la clasificación de la O.M.S. encontramos un predominio de retraso mental moderado (35%; C.I. de 36 a 50); seguido del retraso mental ligero (23%; C.I. de 51 a 70) y del retraso mental severo (21%; C.I. de 21-35), estando en menor proporción los casos límites (11%; C.I. de 71 a 85) y el retraso mental profundo (10%; C.I.: inferior a 20) (Gráfica 4).

GRAFICA 4

Distribución porcentual según grado de retraso mental (N = 700)



La afección que con más frecuencia se asocia al retraso mental es la Epilepsia (17%), seguida del Síndrome de Down (14%) y en menor proporción se dan los trastornos de conducta (9%) y la Parálisis cerebral (5%).

5. Influencia de las principales características sobre el retraso mental

Los grados moderado y ligero de retrasados se dan en mayor proporción, respecto a los severos y profundos, cuando los padres padecen alguna enfermedad somática o mental importante y cuando el padre está ausente de la familia.

Hay mayor proporción de retrasados profundos y severos cuanto menores son los ingresos familiares, predominando los ligeros en las familias con mejor situación económica.

Estos resultados, aparentemente paradójicos, podrían explicarse por el hecho de que las familias más deprimidas económica y socialmente son las que más recursos necesitan y solicitan, también en ellas pasan más inadvertidos los grados ligeros del retraso mental y encontramos una mayor frecuencia de partos asfícticos que determinan un mayor déficit intelectual. Incluso habría que aclarar si los factores socio-económicos no dan lugar a un incremento de la gravedad del retraso mental respecto a los que se podía esperar.

Hay un predominio de partos asfícticos en los varones respecto a las mujeres ($p < 0,05$). Y la asfixia del parto determina en mayor medida los grados profundos y severos de retraso mental, respecto a los partos normales y distócicos.

El desarrollo psicomotor está más afectado cuanto mayor es el grado de retraso mental. Y los retrasados severos y profundos sufren en mayor medida crisis convulsivas, así como enfermedades somáticas y neurológicas importantes, mientras que la cefalea es más frecuente en los retrasados moderados y ligeros.

Respecto a la escolaridad, a partir de los 10 años se asiste a la escuela en mayor proporción y es mejor el aprendizaje. Los retrasados moderados y ligeros reciben más escolaridad que los severos y profundos; la conducta escolar de las niñas es mejor que la de los varones.

Las exploraciones somática y neurológica son más patológicas cuanto mayor es el grado de retraso mental, con más diferencia para la neurológica.

6. Influencia de las principales características entre sí, en el conjunto de casos de 1972 y 1973

a) Edad de la madre.

En estos 500 casos la mayor edad de la madre al nacer el hijo determina una mayor incidencia del Síndrome de Down, sobre todo a partir de los 40 años ($p < 0,001$). Las familias con madres más jóvenes tienen en mayor proporción agua corriente en la vivienda ($p < 0,001$).

b) Salud del padre.

Cuando el padre padece alguna enfermedad importante hay mayor proporción de familias

que tienen otros hijos retrasados o con enfermedad psíquica ($p < 0,001$) y son más frecuentes las cefaleas en el retrasado ($p < 0,001$).

La epilepsia y trastornos de conducta en el hijo se dan más cuando el padre padece alguna enfermedad mental.

Cuando el padre está sano hay mayor proporción de viviendas con luz eléctrica ($p < 0,05$), agua corriente ($p < 0,05$) y servicios higiénicos ($p < 0,01$) y son mayores los ingresos familiares ($p < 0,05$).

c) Salud de la madre.

Las enfermas somáticas tienen más abortos que las sanas y enfermas mentales ($p < 0,01$).

Las enfermas mentales tienen en mayor medida otros hijos subnormales o enfermos psíquicos ($p < 0,001$) y el hijo retrasado padece más de epilepsia ($p < 0,01$) y trastornos de conducta ($p < 0,05$) y tiene más patológico el control de esfínteres ($p < 0,05$).

Las madres sanas tienen más viviendas con luz eléctrica y servicios higiénicos ($p < 0,05$).

d) Salud de los hermanos.

Los retrasados estudiados presentan en mayor proporción trastornos de conducta ($p < 0,001$) y epilepsia ($p < 0,01$) cuando tienen otros hermanos enfermos psíquicos y también entonces acuden más solicitando tratamiento médico ($p < 0,05$).

Las familias con otros hijos subnormales tienen en mayor proporción las viviendas de alquiler o chabolas ($p < 0,01$) y sin luz eléctrica ($p < 0,01$).

e) Datos sociales.

Cuando la profesión del padre pertenece al sector Servicios hay agua corriente y servicios higiénicos en todas las viviendas y los ingresos son mayores, disminuyendo estos datos progresivamente en el sector industrial y agrícola. También en las familias del sector Servicios hay mayor proporción de embarazos patológicos y de retrasados que saben leer.

Respecto a las viviendas, las que son de alquiler o chabolas tienen en menor proporción luz eléctrica, agua corriente y servicios higiénicos que las propias o de alquiler. Las que tienen agua corriente tienen más servicios higiénicos y pertenecen a familias con mayores ingresos económicos. Las que carecen de servicios higiénicos tienen, en menor número, luz eléctrica.

f) Historia personal del retrasado mental.

Cuanto más tardiamente se ha iniciado la marcha y el lenguaje, es más patológico el control de esfínteres. Esto último también es más frecuente en los partos asfícticos y tienden a padecer más enfermedades cerebrales y somáticas importantes, siendo también patológicas las exploraciones correspondientes y recibiendo más tratamiento médico. La escolaridad es más frecuente cuando el control de esfínteres ha sido normal.

Cuando se padecen crisis convulsivas convulsivas son más frecuentes las cefaleas, la exploración neurológica es patológica y se recibe más tratamiento médico. También hay mayor número de

viviendas de realquier o chabolas. Las cefaleas son más frecuentes entre los retrasados que saben leer.

Los que no saben leer se da en mayor proporción cuando ha sido tardío el inicio de la marcha, lenguaje y control de esfínteres. También entre ellos hay mayor porcentaje de exploración neurológica patológica. Todo ello está en relación con el mayor grado de retraso mental existente.

Los que saben leer, menos afectados mentalmente, se encuentran en mayor número entre los que cursan escolaridad normal o especial; en ellos son más frecuentes los trastornos de conducta y hay mayor número de viviendas con agua corriente, servicios higiénicos y mayores ingresos económicos.

Los retrasados que también padecen Epilepsia o trastornos de conducta reciben más tratamiento médico que los que sólo son retrasados.

IV. CONCLUSION GLOBAL

Los 700 casos que hemos estudiado constituyen una muestra de retrasados mentales condicionada, fundamentalmente, por acudir a una consulta oficial para recibir una exigua ayuda económica como beneficiarios de la Seguridad Social, destinada a los grados más bajos de retraso mental. Otro grupo está formado por los que acuden espontáneamente a la consulta para solicitar ayuda educativa, diagnóstico o tratamiento.

Predomina el sexo masculino y la edad escolar y, en cuanto a la residencia, la Vega Alta y las comarcas de Murcia y Cartagena.

La edad materna por encima de los 40 años, en el momento del parto, condiciona una mayor frecuencia de hijos con Síndrome de Down, que ocupan un lugar entre los hermanos (4,5), superior a la media general (2,7).

Observamos una coincidencia de la constelación patológica familiar y un deprimido nivel socio-económico: padres enfermos y otros hijos subnormales o enfermos psíquicos, con el hijo retrasado moderado o ligero pero asociado a cefaleas, epilepsia y trastornos de conducta; hay más abortos en la madre y peor nivel en las características de la vivienda, agua potable, servicios higiénicos, luz eléctrica e ingresos económicos.

En cambio, estas condiciones son mejores en las familias de padres sanos y cuya profesión pertenece al sector Servicios, empeorando en las del sector Industrial y Agrícola. Nuestras familias pertenecen, sobre todo, al sector Industrial, pero de clase baja, con escasos ingresos económicos y con un índice de hacinamiento de 1,7.

De todo ello podemos deducir que los grupos sociales más deprimidos tienen una mayor fragilidad sanitaria, cultural y social e incluso se puede agravar en ellos el grado y situación del retraso mental. Estas familias por sus mayores necesida-

des y escasos recursos propios, son las que más acuden a solicitar ayuda a los organismos oficiales correspondientes.

Es, pues, misión de éstos incrementar la asistencia médico-pedagógica necesaria para esta problemática existente, mejorar las condiciones sociales e impulsar estudios de investigación para que pueda obtenerse un mayor conocimiento de esta complejidad causal que, con nuestra aportación, hemos atisbado y en lo que es necesario profundizar para llegar a una óptima prevención primaria.

V. BIBLIOGRAFIA FUNDAMENTAL ESPAÑOLA

1. ARBELO, A. (1968).—El problema nacional de los niños subnormales. *Actas XII Congr. Nac. Ped.* (Málaga), 1-30.
2. BOSCH MARIN, J. (1968). El subnormal en la sociedad. El problema social de los subnormales. *Actas XII, Congr. Nac. Ped.* (Málaga), 353-369.
3. BUENO, M. (1968).—Factores causales de la Deficiencia Mental. *Actas XII Congr. Nac. Ped.* (Málaga), 31-78.
4. BUENO, M.; GARCIA, J.; MIRANDA, J.; CERVERA, S. (1967).—Estudio sobre el Síndrome de Down. *Bol. de Soc. Vasco-Navarra de Pediatría*, II, (8).
5. CERVERA ENGUIX, S. (1970).—*Aspectos etiológicos y sociales de la deficiencia mental*. Confederación Española de Cajas de Ahorro.
6. CERVERA ENGUIX, S. (1973).—Dinámica familiar y deficiencia mental. *I Congr. Iber. Amer. Defic. Ment.* (Sevilla), 49-58.
7. FERNANDEZ MORENO, A.; GOMEZ-FERRER GORRIZ, C. (1970).—Problemática de los retrasados mentales y su asistencia en la provincia de Murcia. *Actas XVI Reunión, Soc. Esp. Neuropsiq. Inf.* (Vitoria), 94-97.
8. GONZALEZ, S.; GONZALEZ, A. (1977).—*Prevención de la subnormalidad mental*. Madrid, Dirección General de Sanidad, monografía núm. 2.
9. INSTITUTO DE SOCIOLOGIA APLICADA (1969).—*Estudio sociológico sobre los subnormales en España*. Madrid, Euramérica, S.A.
10. NAVARRO Y GARCIA, R. (1971).—Avance sobre el estudio de la morbilidad de los subnormales amparados por la Seguridad Social. *PANAP*, 143-173.
11. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1968).—*Organización de los Servicios para retrasados mentales*. Informe técnico n.º 392, Ginebra.
12. ROMAN DE LA ROSA, A. (1968).—El subnormal en el hogar. El problema familiar de los subnormales. *Actas XII Congr. Nac. Ped.* (Málaga), 323-341.
13. SANZ JIMENEZ, J. (1971).—Estudio de la prevalencia de la subnormalidad en la provincia de Toledo. *PANAP*, 71-140.
14. ZAZZO, R. (1973).—*Los débiles mentales*. Barcelona, Fontanella.

CAMPAÑAS DE VACUNACION

ELVIRA RAMOS GARCIA

Jefe de Sección Promoción de Salud

ANTITETANICA

Para los días 4 al 16 de octubre tendrá lugar la campaña de recuerdo de la vacunación antitetánica comenzada en octubre de 1981.

Se envían normas a los Jefes Locales de Sanidad y se recomienda la vacunación por todos los medios de comunicación. La vacunación del año anterior fue bastante importante, como se analizó en un Boletín anterior (1), y es preciso seguir estimulando a la población para que complete todas las dosis, de lo contrario el esfuerzo hasta ahora realizado resulta baldío.

A pesar de realizar estas campañas, como albadonazos para incrementar la mentalización de la población hacia la vacunación, se recuerda a todos los Jefes Locales de Sanidad la obligatoriedad de la vacunación continuada a lo largo de todo el año, de todas las vacunas del calendario infantil y de la del tétanos de adulto.

Por tanto, se aprovechará esta campaña de recuerdo antitetánica para primeras y segundas dosis de la misma a todos los que la requieran.

Se recuerda el slogan de la campaña de la GRATUIDAD-SEGURIDAD y EFICACIA de la VACUNACION.

ANTISARAMPION-ANTIRUBEOLA-ANTIPAROTIDITIS

Como se analizó en el Boletín anterior (2), la campaña de vacunación de la Triple Vírica está en unos niveles todavía bajos en la población (alrededor del 28%) con una distribución muy irregular por municipios. Sólo siete: Yecla, Blanca, Librilla, Beniel, Lorca, Totana y Villanueva, superan el

40% de vacunados. Es decir, 37 están por debajo del 40%.

Por esta razón, con el fin de corregir la implantación de esta vacunación se va a realizar una campaña para los días 29 de noviembre al 4 de diciembre.

Se ha enviado el Boletín reseñado a todos los pediatras de la región para que a través de su faceta de educadores sanitarios de las madres, las canalicen hacia la adopción de la media.

Como en todas las campañas, se despliega todo el esfuerzo organizativo propagandístico, etc., para que resulte un éxito.

Una vez finalizadas estas campañas aparecerá en el Boletín la evaluación de las mismas, por lo que, como siempre, instamos a los Jefes Locales de Sanidad a que cumplimenten de la forma más completa posible los datos de los vacunados: para su evaluación.

EDUCACION SANITARIA

La Consejería de Sanidad, en su Sección de Promoción de Salud, ha establecido un servicio de préstamo de material audiovisual para uso de los profesionales sanitarios y educadores en general, así como dispone también de material de propaganda sanitaria sobre diversos temas, para repartir en las charlas a la población en general.

A continuación reseñamos dicho material para aquellos que estuvieran interesados, y el lugar donde realizar las peticiones.

(1) RAMOS GARCIA, E.—Análisis de la vacunación frente al sarampión y triple vírica (Sarampión-Rubéola-Parotiditis), Región Murciana, 1981. *Bol. Sal. Reg. Murc.* (1982), 2, 17-22.

(2) RAMOS GARCIA, E.—Campaña de vacunación de tétanos en adultos. *Bol. Sal. Reg. Murc.* (1981), 1, 49-54.

PELICULAS DE 16 mm

- Planificación Familiar.
- Vacunaciones.
- Técnicas de la contracepción.
- A su salud (alcoholismo).
- Drogas (the drug bug).
- Drogas (falsos amigos).
- Más vale prevenir.
- Los primeros años de la vida.

VIDEO (SONY BETAMAX)

- Las carnes-huevos-pescados.
- Manipulación de alimentos.
- La leche y el queso.
- Alimentación del niño en el primer año de vida.
- La alimentación y su importancia.
- Los alimentos y sus funciones en el organismo.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Examen personal de los senos.
- La salud comienza en casa.
- A su salud.
- Prevenir es mejor que curar.
- Polución.
- Pequeño hombre, gran ciudad.
- Salud buco-dental (1.ª parte).

- Salud buco-dental (2.ª parte).
- Alimentarse mejor.
- Heart sweet heart.
- The drug bug.
- Family Plan.
- El monstruo y usted.

LIBROS (Alimentación)

- Alimentación práctica para el hogar (1974).
- Cómo alimentar a mi familia (1974).
- Alimentación del hombre que trabaja (1970).
- Alimentación y Nutrición (1962).
- Minutas para comedores escolares (1978).
- Charlas directas a la población (1974).
- Manual del iniciado en el programa de educación en alimentación y nutrición.
- Manual de alimentación para guarderías infantiles (1974).
- a economía doméstica actual (1974).
- Los alimentos.
- El niño y su ambiente psico-social.

MONOGRAFIAS

Para profesionales sanitarios y educadores.

- N.º 1 - Rubéola: un problema sanitario (1976).
- N.º 2 - Prevención de la subnormalidad (1976).

- N.º 3 - Obesidad (1977).
- N.º 4 - Gerocultura: Medicina preventiva en la tercera edad (1977).
- N.º 5 - Patología prenatal (1979).
- Obesidad infantil (1977).
- N.º 6 - Salud mental, salud sexual.
- Manual de control de las enfermedades transmisibles en el medio escolar.

DIAPOSITIVAS

- Campaña prevención alcoholismo (1977).
- Alimentación y su importancia (1975).
- Los alimentos y su función en el organismo (1975).
- La leche y el queso (1975).
- Las carnes-huevos-pescados (1975).
- Las patatas-legumbres-frutos secos (1975).
- Verduras-hortalizas-frutas (1975).
- Los cereales-azúcar-dulces (1975).
- Las grasas (1975).
- Errores y mitos en la alimentación del español. Consejos sobre preparación de alimentos (1975).
- La alimentación en las distintas edades y circunstancias (1975).
- Manipuladores de alimentos (1981).
- Alimentación del niño en el primer año de la vida (1981).
- Salud de la embarazada (1982).
- Salud buco-dental (1982).

FRANELOGRAMAS

- Caries dental (1977).
- Hidatidosis (1976).
- Transmisión de la infección (1977).
- Pediculosis (1977).

FICHAS INFORMATIVAS

- Alcohol y alcoholismo (1978).
- Alimentos y sustancias nutritivas (1977).
- Normas de alimentación durante el primer año de la vida del niño (1977).
- Alimentación y economía doméstica (1974).
- Alimentos y alimentación en distintas edades (1974).

FOLLETOS

- Evite los accidentes de los ancianos (1977).
- Accidentes infantiles: Accidentes de tráfico (1975).
 - Caídas (1976).
 - Atragantamiento (1976).
 - Electricidad (1975).
 - Productos tóxicos (1975).
 - Quemaduras (1975).
 - Quemaduras (1976).
 - Travesuras-medicamentos (1975).
- Recopilación de todos los folletos de accidentes infantiles: Prevención accidentes infantiles (1978).
- Prevención alcoholismo: conducción imprudente (1976).
- Prevención alcoholismo: violencia (1976).
- Campaña prevención alcoholismo (1976).
- Los adolescentes de 13 a 16 años (Alimentación) (1977).
- El anciano (Alimentación) (1977).
- La embarazada (Alimentación) (1977).
- La madre lactante (Alimentación) (1977).
- Niños de 2 a 5 años (Alimentación) (1977).
- Niños de 6 a 12 años (Alimentación) (1977).
- Alimentos congelados (1977).
- Las bebidas no alcohólicas (1977).
- Las carnes (1977).
- Los dulces (1977).
- Las frutas (1977).
- El huevo (1976).
- La leche (1978).
- Las legumbres (1977).
- El pescado (1978).
- Verduras y hortalizas (1977).

- De niño gordito a hombre obeso (1977).
- Esto es un piojo ¡Destruyelo! (1976).
- A la salud por el ejercicio físico (1979).
- Salud buco-dental (1977).
- Cuidados que favorecen el desarrollo emocional del niño (1977).
- ¡Defiende la vida de tu hijo! Vacúnale contra: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina (1976).
- Todas las niñas de 11 años deben vacunarse contra la rubéola (1976).
- Manipulación de alimentos.
- Algunos riesgos sanitarios que puedan afectar a los viajeros (1982).
- Prevención de las infecciones intestinales (1974).
- Edad preescolar (2-5 años).
- Edad escolar (6-14 años).

OTRAS PUBLICACIONES

- «Gracias por no fumar» (pegatinas) (1978).
- Aprendo a comer (cartilla) (1975).
- Calendario de vacunaciones (tarjetas) (1976).
- Consecuencias del tabaco para la salud. (Informe de un comité de expertos de la OMS) (1978).
- Tabla de composición de alimentos españoles (separata) (1975).
- Documento Nacional de Salud (cartilla) (1977).

CARTELES

- Lactancia materna, «da lo mejor de ti misma» (1979).
- Lactancia materna, «Amor, alimento protección» (1979).
- A la salud por el ejercicio físico (1979).
- «Deja de fumar, no quemes tu salud» (1977).
- Calendario de vacunaciones (1976).
- Vacune a sus hijos contra la poliomielitis (1976).
- ¡Defiende la vida de tu hijo! Vacúnale contra: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina (1976).
- Vacune a su hija contra la rubéola a los 11 años (1976).
- Rueda de los alimentos (1972).
- Vacunación frente al tétanos (1981).
- Vacunación frente a la triple vírica (Sarampión-Rubéola-Parotiditis) (1982).

FILMINAS (CINTAS FIJAS)

1. La epidemiología de la brucelosis.
2. La preparación de muestras de esputos para el diagnóstico de laboratorio de tuberculosis.
3. Recogida de muestras.
4. Medidas de seguridad en un laboratorio de tuberculosis.
5. Obtención de especímenes de los ojos, la nariz y la garganta.
6. Toma de muestras de sangre.
7. Toma de muestras y pruebas de agua potable.
8. Pequeñas plantas de tratamiento de agua.
9. Rellenos sanitarios - Parte I.
10. Rellenos sanitarios - Parte II - Rellenos en las localidades pequeñas.
11. A esquistosomose mansonica - Parte I - Etiología e Epidemiología.
12. Aspectos sanitarios de la perforación de pozos.
13. Introducción a la bacteriología - Fundamentos de biología.
14. Sionamiento y líneas cruzadas.
15. Aspectos sanitarios de la excavación de pozos.
16. Nociones fundamentales acerca de los grupos sanguíneos del hombre.
17. A esquistosomose mansonica - Parte II - Profilaxia.
18. Toma de especímenes fecales.
19. Preparación de frotis teñidos con hematoxilina para el diagnóstico de protozoos intestinales.

20. Determinación de los tipos de *C. Diphtheriae* por métodos de laboratorio.
21. Control de roedores - Partes I y II.
22. Identificación serológica simplificada de los cultivos de salmonella.
23. Índice de pacientes.
24. El aislamiento de estreptococos en el laboratorio - Partes I y II.
25. Triquinosis.
26. La técnica de fijación mediante alcohol polivinílico en el diagnóstico de la amibiasis.
27. Tuberculosis bovina.
28. Biología de la mosca doméstica.
29. Artrópodos de importancia para la salud pública.
30. Biología y control de la cucaracha.
31. Pruebas de toxigenicidad del *C. diphtheria* (Métodos *in vitro* e *in vivo*).
32. Epilepsia.
33. Introducción al conocimiento y al diagnóstico de la lepra.
34. Diagnóstico de la rabia animal por métodos de laboratorio -Partes I y II.
35. Diagnóstico de la rabia animal por métodos de laboratorio -Partes III y IV.
36. Cómo usar una biblioteca de ciencias médicas.
37. Higiene avícola - Preparación y procesamiento.
38. Exantema vesicular y enfermedad de Teschen.
40. El control doméstico de vectores mediante el saneamiento básico.
41. Cólera porcino y peste porcina africana.
42. Lagunas de estabilización.
43. Cómo combatir la rabia.
44. Peste bovina.
45. Incineración de basuras.
46. Estomatitis vesicular.
47. La epidemiología de las enfermedades estafilocócicas.
48. Epidemiología y transmisión del antrax o carbunco bacteriano.
49. Anquilostomiasis e infección por anquilostomas.
50. Enfermedades no neoplásicas de los huesos y las articulaciones.
51. Alcoholismo.
52. Enfermedades cuarentenables a virus en ovinos y aves.
53. La hidatidosis.
54. El tabaco y su salud.
55. Accidentes del tránsito.
56. La historia clínica.
57. Dengue.
58. La jeringuilla hipodérmica (Riesgos en el laboratorio).
59. La pipeta (Riesgos en el laboratorio).
60. Cómo hacer una cinta fija.
61. La epidemiología de la salmonelosis en el hombre y en los animales.
62. El departamento de registro médicos.
63. Audiovisuales - Un medio de comunicación con la comunidad.
64. El archivo de historias clínicas.
65. La fiebre amarilla y su diagnóstico diferencial histopatológico.
66. Captura y preparación de artrópodos para el aislamiento de virus.
67. El parto normal atendido por la partera empírica.
68. La lactancia materna.
69. Agua potable para la comunidad rural.
70. Captura y preparación de especímenes vertebrados para estudios de arbovirus.
71. Diagnóstico de la tuberculosis por el examen microscópico.
72. Manipulación de animales de laboratorio.
73. La participación de la comunidad en la prestación de servicios de salud.
74. Saneamiento en el matadero - Partes I y II.
75. Saneamiento en el matadero - Partes III y IV.
76. Educación en los servicios de planificación familiar.
77. Certificación de la causa de defunción.
78. Trastornos oculares evitables en niños.
79. Saneamiento en el servicio de alimentos en el hospital.
80. Farmacodependencias (en preparación).
81. Saneamiento en el matadero - Partes V, VI y VII.
82. Diagnóstico y tratamiento del ojo irritado y doloroso.

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS DE LA REGION MURCIANA

Fernando CRESPO LEON, Blas Alfonso MARCILLA DE PASCUAL, Lourdes BORDALLO ALVAREZ.—*Estudio taxonómico y epizootiológico del género Brucella en la Región de Murcia, Murcia, 1982.*

Ha sido galardonado con un premio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, el trabajo de los licenciados en veterinaria, Fernando Crespo, Blas Marcilla y Lourdes Bordallo, concediéndole el título de académico corresponsal al primero de los autores.

Se expone en el mismo la realización, por primera vez, en la Región de Murcia, de un estudio sobre taxonomía y epizootiología de 75 cepas pertenecientes al género *Brucella*, aisladas en los últimos años en nuestra Región a partir del hombre y varias especies animales en las que se diagnosticó la Brucelosis. De ellas se presenta con mayor frecuencia la *B. melitensis* biotipo 1 (69,33%), seguida de los biotipos 2 y 3 de la misma especie (14,66%) para cada una y del biotipo 1 del *B.*

abortus del que sólo se logró aislar una cepa (1,33%). Se complementa dicho estudio con los efectuados sobre 9 y 4 cepas aisladas en las provincias limítrofes de Albacete y Alicante respectivamente, si bien el número de cepas aisladas en cada una de ellas es sensiblemente inferior.

En lo que a taxonomía se refiere se aplicaron las técnicas recomendadas por Organismos Internacionales (FAO-OMS) y empleados en todos los laboratorios especializados, a los que recientemente hemos ido incorporando otras, como la fagotipia, utilizando fagos como el Bk (Berkelley), Wb (Weybridge), Fz (Firence), R (Rugoso) y R/C (Rugoso-Canis) de los que no tenemos constancia de su anterior aplicación en nuestro país.

En el aspecto epizootiológico se ha efectuado un estudio sobre la distribución de las diferentes especies y biotipos de este género según municipios y comarcas de procedencia, complementándose con otros que creemos interesantes en este apartado, como los diferentes años en que se

aislaron, material infeccioso utilizado para el aislamiento y en la especie humana, las formas de contagio directa o indirecta, según profesiones o especializaciones.

Este estudio, como en él exponemos, formará parte de un proyecto de realización de un Mapa Epizootológico a nivel Nacional de distribución del género *Brucella*, así como de un estudio a realizar conjunta y comparativamente con el Centro Nacional de Referencia de Brucelosis de Francia (Facultad de Medicina de Montpellier) sobre la incidencia que la Brucelosis tiene en estas dos Regiones Mediterráneas.

María Carmen CABRERIZO MERINO.—*Meningitis purulenta en Murcia. Comentarios epidemiológicos y clínicos sobre 473 casos, Murcia, 1982.*

Ha sido galardonado con un premio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia el trabajo de la alumna de 6.º curso de la Facultad de Medicina de Murcia, María Carmen CABRERIZO MERINO, alumna interna por oposición de la Cátedra de Pediatría de dicha Facultad, «Meningitis Purulenta en Murcia. Comentarios epidemiológicos y clínicos sobre 473 casos. Murcia, 1982».

Dicho trabajo fue realizado bajo la orientación del profesor Rodríguez López, Catedrático de Pediatría y Jefe del Departamento de Pediatría de la Ciudad Sanitaria «Virgen de la Arrixaca» de Murcia y la Dra. Elvira Ramos García, de la Sección de Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud de Murcia.

El material fue recogido revisando las historias clínicas de 473 niños, mayores de un mes y menores de siete años de edad, que con el diagnóstico de meningitis purulenta fueron ingresados durante el trienio julio 1978 - junio 1981, en la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «Virgen de la Arrixaca de Murcia, en el Hospital Provincial de Murcia, así como en la Residencia de la Seguridad Social «Santa María del Rosell» de Cartagena.

Doblemente interesante, por lo que significa completar aspectos muy importantes de estudios epidemiológicos ya comenzados en esta Región, como por el hecho de que haya sido realizado por una estudiante de Medicina, que permite ir cambiando la tarea que éstos deben ir cumpliendo a su paso por la Facultad, mediante realización de trabajos que les van a dotar de una metodología científica aplicada indispensable para su trabajo posterior en cualquier campo de la Medicina.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

I CURSO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La Consejería de Sanidad en colaboración con el Colegio de Médicos de Murcia y Sociedad Española de Epidemiología va a celebrar el I curso de Vigilancia Epidemiológica en Murcia los días 11 a 26 de enero de 1983.

Dirigido a Médicos Titulares, Médicos de Familia, Médicos de Zona y en general a todos los médicos que trabajan en atención primaria de salud.

Con el objetivo de proporcionar los conocimientos teóricos, prácticos y organizativos, para la puesta en marcha de un servicio de Epidemiología a nivel local: municipio, distrito, etc.

El programa a desarrollar será:

PROGRAMA

MARTES, 11 DE ENERO

18,15.—Inauguración. Director General de Salud.

18,30.—Concepto de Epidemiología. Usos de la Epidemiología. Papel de la Epidemiología en la Administración Sanitaria.—Prof. E. NAJERA MORRONDÓ, Catedrático de Higiene y Sanidad, Sevilla.

20,00.—El método epidemiológico. Epidemiología descriptiva. Dr. E. VIVIENTE LOPEZ, Catedrático contratado de Higiene y Sanidad, Murcia.

MIÉRCOLES, 12 DE ENERO

18,30.—Concepto de Vigilancia Epidemiológica. Elementos y actividades.—Dr. F. MARTÍNEZ-NAVARRO, Director de Salud, Valencia.

20,00.—Fuentes y recogida de datos. Certificado de Defunción. Declaración de enfermedades.—Dra. E. RAMOS GARCIA, Jefe de Sección de Promoción de Salud, Murcia.

MARTES, 18 DE ENERO

18,30.—Medida de la frecuencia de las enfermedades. Razones y porcentajes, Tosas.—Dr. P. SATURNO HERNANDEZ, Profesor Ayudante de Higiene y Sanidad, Murcia.

20,00.—Prácticas: Cálculo y manejo de tasas.

MIÉRCOLES, 19 DE ENERO

18,30.—La Encuesta Epidemiológica. Recogida de datos. Tabulación e interpretación de resultados.—Dr. J. OÑORBE DE TORRE, Epidemiólogo, Colaborador en el programa de Vigilancia Epidemiológica del Síndrome Tóxico, Ministerio de Sanidad y Consumo.

20,00.—Prácticas: Diseño de una encuesta.

JUEVES, 20 DE ENERO

18,30.—Brote epidémico. Concepto, diagnóstico y estudio de brotes epidémicos. La curva epidémica.—Dr. J. A. MOLINA ILLAN, Inspector Médico INSALUD, Murcia.

20,00.—Prácticas: Estudio de un modelo de brote epidémico.

MARTES, 25 DE ENERO

18,30.—Estructura funcional de la Epidemiología. Organización de la Epidemiología en la Región Murciana.—Dra. C. NAVARRO SANCHEZ, Jefe de Sección de Epidemiología, Murcia.

20,00.—Prácticas: El Boletín Epidemiológico Semanal.

MIÉRCOLES, 26 DE ENERO

18,30.—Organización de un servicio de Epidemiología a nivel local. I. Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles.—Dr. J. M. LOPEZ LOZANO, Jefe Local de Sanidad, Orihuela-Alicante.

20,00.—Organización de un servicio de Epidemiología a nivel local. II. Vigilancia de las enfermedades crónicas.—GRUPO DE TRABAJO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, Murcia.

21,30.—Clausura. Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad y Seguridad Social, Dr. J. M. MORALES MESEGUER.

Matrícula gratuita hasta el 24 de diciembre de 1982.

Información e inscripción: Servicio de Epidemiología, Ronda de Levante, 11, Murcia, Teléf. 23 08 50 (ext. 274). De lunes a viernes, de 10 a 14 horas.

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO DE A.T.S. organizados por la Facultad de Medicina de Murcia, a celebrar en sus locales en las fechas que se indican:

1. Farmacología, organizado por la Cátedra de Farmacología, para los meses de enero a mayo.

2. Infecciones hospitalarias, organizado por la Cátedra de Microbiología para el curso 82-83.

3. Microbiología clínica y básica, organizado por la Cátedra de Microbiología, para el curso 82-83.

4. Medicina Preventiva y Social, organizado por la Cátedra de Higiene y Sanidad, para los meses de febrero a mayo.

5. Atención Primaria de Salud, organizado por la Cátedra de Historia de la Medicina, para los meses de febrero a mayo.

6. Documentación Médica, organizado por la Cátedra de Historia de la Medicina, para los meses de febrero a mayo.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 49 a 53 (29 noviembre a 2 enero 1982) y 49 a 52 (30 noviembre a 27 diciembre 1980) (*)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Tasa de caso X 100.000 hab.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tétanos		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubeola		Reumatismo vascular		Paludismo		Lepra		
			1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	
NOROESTE	65.044	1,5	0	0	2	0	3	1	3	7	29	0	0	214	145	0	0	0	0	0	0	8	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0		
ALTIPLANO	46.276	2,2	0	1	0	1	1	1	25	20	0	1	74	222	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	3	5	2	0	0	1	0	0	0	
LORCA	96.513	1,0	0	3	2	3	4	2	3	16	59	0	863	680	0	1	0	1	0	0	0	3	26	0	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0
TOTANA	19.838	5,0	0	0	3	0	1	0	2	4	0	2	15	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
CARTAGENA	238.151	0,4	0	3	0	3	9	3	2	51	0	5	480	448	0	13	0	0	0	0	0	11	12	0	44	3	25	0	5	0	0	0	0	0	
MULA	23.064	4,3	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	90	12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	7	0	0	0	0	0	0	0	
ALCANTARILLA	41.501	2,4	0	0	0	0	0	0	35	0	6	3	84	260	0	1	1	0	0	0	0	10	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
CIEZA	49.311	2,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	344	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOLINA	76.780	1,3	0	1	1	0	2	3	153	41	0	12	411	893	2	19	0	0	0	0	0	0	0	113	0	1	2	1	10	0	0	0	0	0	0
FORTUNA/ABANILLA	27.400	3,6	0	0	0	1	0	1	5	1	0	0	214	42	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	3	0	0	0	0	0
MURCIA CAPITAL	288.465	0,3	0	5	1	1	5	4	17	80	0	7	353	1697	0	5	0	0	0	0	2	0	20	0	55	0	9	0	11	0	1	0	0	0	
TOTAL REGION	972.343	0,1	0	13	9	9	24	17	253	242	65	30	2878	4769	2	41	1	1	0	2	33	180	0	152	11	54	3	37	0	5	0	0	0	0	

(1) Según la rectificación del Padrón de Habitantes a 31-12-1979.

* Casos importados.

(*) Se omitió por error en el Boletín de diciembre de 1981.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 44 a 47 (del 3 al 30 noviembre 1982) y 45 a 48 (1 al 28 noviembre 1981)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Fiebre Tifoidea		Infección Meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubeola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disenteria		Gonococia		Sifilis			
		1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982				
NOROESTE	61.521	0	1	4	1	1	27	47	0	46	48	98	0	0	0	0	0	2	3	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ALTIPLANO	45.970	2	2	1	0	0	11	10	0	246	64	129	0	0	0	0	2	3	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
LORCA	91.248	2	1	3	4	0	13	5	1	14	518	279	0	0	4	10	0	0	10	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTANA	19.618	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CARTAGENA	238.201	1	0	1	2	4	29	4	3	103	371	910	3	4	0	19	19	18	21	9	15	8	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
MULA	21.839	0	0	1	0	1	1	0	0	19	6	38	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ALCANTARILLA	41.265	0	1	0	0	1	0	0	0	70	53	136	2	0	1	0	8	10	8	10	6	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIEZA	47.996	0	0	0	0	0	0	0	0	101	129	105	0	1	0	0	3	2	15	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOLINA	76.645	3	1	1	2	0	24	4	25	240	570	497	15	10	0	81	36	15	27	2	1	3	8	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	0	0	0	0	0	0	0	2	1	6	118	0	0	1	0	2	14	7	17	0	0	3	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	4	3	2	3	4	21	23	9	293	1535	1132	10	2	3	2	19	42	45	53	12	5	29	10	9	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL REGION	955.215	11	10	9	13	8	111	127	95	39	3355	3492	31	17	4	7	133	132	95	157	41	23	43	27	13	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4

(1) Según censo de población de 1 de marzo de 1981.

