

33
29j 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Secretaría de Salud

Unidad Académica Portales

Dirección General de Enseñanza en Salud

Curso Universitario de Especialización

en Medicina Familiar

"FACTORES DE RIESGO PERSONALES EN LOS ASPIRANTES A INGRESAR AL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES"

T E S I S

Para obtener el Grado de Especialista en

MEDICINA FAMILIAR

p r e s e n t a

DR. SERGIO ANTONIO HURTADO CEDILLO



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
FACTORES DE RIESGO	2
TABAQUISMO	2
OBESIDAD	6
ALCOHOLISMO	10
DROGADICCION	17
ACTIVIDAD FISICA	19
MATERIAL Y METODO	21
JUSTIFICACION	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
OBJETIVOS	24
RECOLECCION DE LA INFORMACION	25
RESULTADOS	26
ANALISIS	50
CONCLUSIONES	52
ANEXO	54
BIBLIOGRAFIA	61

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

La selección adecuada de los elementos de nuevo ingreso a una corporación, es la base más importante para el funcionamiento de la misma, así como también para el óptimo desarrollo de este nuevo personal, lo que eleva la eficacia de dicha corporación.

Tomando como base lo anterior, el Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE) y el Departamento de Medicina Familiar en coordinación con la UNAM realizó un examen de selección a los aspirantes a agentes de la policía judicial federal de tipo médico integral, que garantiza el adecuado estado de salud de los aspirantes.

El examen médico da la pauta a seguir en cuanto a la detección de factores de riesgo personales en los aspirantes al INACIPE, un paso importante para la prevención de los mismos.

Los medios para prevenir las enfermedades que aquejan con una muy alta frecuencia a la población general se basan en estudios epidemiológicos que han identificado factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo destacan el estilo de vida, dieta, ejercicio, tabaquismo, alcoholismo, el abuso de drogas y el stress, todos susceptibles de modificarse o más aún de eliminarse.

FACTORES DE RIESGO

TABAQUISMO.

El hábito de fumar se cree que es la causa, por sí sola, -- más importante de enfermedad y muerte en nuestro país.

El costo anual de la morbilidad de las enfermedades causadas por el tabaco ha sido estimado en 27 billones dólares -- en E.E.U.U. y se calcula una cifra semejante en nuestro país. (2).

El consumo de cigarrillos per-cápita en E.E.U.U. aumentó de 54 en 1900 a 4336 en 1963. Este dramático cambio hacia el cigarrillo fué seguido 20 a 25 años después de un aumento de muertes por cáncer de pulmón y broncogénico hecho que estimuló los primeros estudios que identificaron el riesgo de enfermedad con el tabaquismo.

Así mismo se han identificado otras enfermedades asociadas con el hábito de fumar. Para cada una de las enfermedades asociadas al consumo de tabaco, el riesgo aumenta con la dosis a la cual se ha expuesto el individuo. Se incrementa a medida que es mayor el número de cigarrillos fumados al día, -- la profundidad de las inhalaciones y la duración del hábito de fumar, el riesgo también aumenta cuando el hábito se inicia a edad temprana.

Los riesgos del tabaquismo entre adolescentes y pre-adoles-

centes pueden magnificarse por la vulnerabilidad de los sistemas cardiovascular y respiratorio durante las etapas de crecimiento y desarrollo.

Es posible que cierto grado de tabaquismo interactúe con otras características personales, así como con otros riesgos personales y de este modo aumente los riesgos de enfermedad. Así se habla de que los fumadores tienen aumento del riesgo de padecer diversas enfermedades: Cardiovasculares como enfermedad de las coronarias, aneurisma de la aorta, hipertensión arterial y cerebro-vasculares; pulmonares como obstrucción de vías aéreas superiores, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, cáncer y otros trastornos a nivel de laringe, cavidad bucal, esófago, vejiga, riñón, páncreas, estómago y complicaciones durante el embarazo como retraso en el crecimiento intrauterino, incremento de abortos y partos pretérmino. (1). (22).

También aumenta la adhesividad plaquetaria, disminuye el umbral de fibrilación ventricular, por lo que puede jugar un papel importante en los episodios agudos que acompañan a algunos infartos trombóticos del miocardio.

La nicotina produce las siguientes alteraciones: aumenta la frecuencia cardiaca, incrementa la tensión arterial, aumenta el flujo cardiaco, origina hipotermia distal, aumenta el nivel de adrenalina sérica, aumenta la peristalsis intesti-

nal, incrementa los ácidos grasos séricos, altera la coagulación, inhibe la producción de jugos gástricos y reduce el apetito. (3).

Los fumadores metabolizan con mayor rapidez la teofilina, fenacetina, antipirina, cafeína e imipramina, por lo que la dosis debe de ajustarse junto con la suspensión del hábito.

(1). La concentración de hemoglobina y hematócrito así como de carboxihemoglobina se incrementan en personas que fuman. El peligro de muerte es aproximadamente 70% más alta para los fumadores que para los no fumadores. El riesgo de muerte por bronquitis crónica y enfisema es de 3 a 20 veces mayor según la edad del fumador y la cantidad de cigarros consumida, cuanto mayor es el número de cigarros fumados diariamente mayor es el riesgo de mortalidad; se menciona que el índice de mortalidad en fumadores es 40% para los que fuman menos de diez cigarros al día, para los que consumen de 10 a 19 al día 70% más alto y para los que fuman 40 cigarros al día o más 120% más alto.

Por lo tanto la expectativa de vida entre los fumadores se reduce en un promedio de 8 años en los fumadores de más de dos cajetillas al día y en un promedio de 4 años en los que fuman menos de media cajetilla diariamente. Es mayor el riesgo en los que inician el tabaquismo a edad más temprana.

Compuestos químicos de los cigarros:

PARTICULAS:

Agua

Irritantes:

-ácidos, alcoholes, y otras sustancias químicas irritantes.

Carcinógenos:

hidrocarburos y fenoles.

COMPUESTOS VOLATILES:

Nicotina, gases como: bióxido de carbono, monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, formaldehído, amoníaco, acetaldehído.

Los cigarros pueden contener de 2 a 31 mgs. de alquitran, - la nicotina representa aproximadamente 7 a 8% y el alquitran de 0.1 a 2.2%.

Algunos estudios muestran que el acto de fumar es visto como situación de poder y masculinidad y rara vez es representado como causa de disminución de la respiración, cáncer o enfermedad cardíaca por lo que dejar de fumar es ahora una importante prioridad de la OMS y de autoridades en muchos países del mundo (11).

OBESIDAD

La obesidad es el trastorno metabólico más frecuente en el ser humano, el ejemplo más viejo de obesidad lo tenemos en una estatua de la edad de piedra unos 10 mil años antes de que surgiera la agricultura. Pruebas históricas semejantes las encontramos en momias egipcias.

Esta enfermedad ha persistido durante siglos hasta nuestros días y se ha caracterizado por diferencias en stress ambiental y costumbres dietéticas. Así mismo lo que antes era obesidad como sinónimo de buena salud en nuestros días es un término que ha variado sustancialmente, sin embargo el problema se ha incrementado por la evolución de la capacidad de ahorrar energía en forma de grasa, que ha surgido en sociedades contemporáneas. (1).

De este modo tenemos que el exceso de calorías y los hábitos sedentarios han hecho que aumente la prevalencia de la obesidad con las consecuencias para la salud que ésta trae consigo y que son acortamiento de la supervivencia, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, enfermedades osteoarticulares imposibilidad para el ejercicio físico, susceptibilidad a las infecciones y trastornos de la personalidad.

El aforismo "cuanto más larga es la línea de la cintura, --- cuanto más corta es la línea de la vida" aún sigue siendo --- válido. (2).

La obesidad puede ser definida por un exceso de tejido adiposo, aproximadamente el 60% del peso total del cuerpo es agua y en una persona obesa ésta está reducida.

En cuanto a la etiología se señala: una menor movilización-- de lípidos, menor utilización de estos, así como el depósito excesivo de los mismos, ya sea por mayor consumo de alimentos, lesiones hipotalámicas, hiperplasia de adipocitos o aumento de la actividad de lipasa. Los patrones emocionales y los factores cerebrales influyen en las normas de alimentación al igual que los culturales y el nivel socioeconómico-- intervienen en la obesidad, pero excepto las perturbaciones psiquiátricas francas, ha sido muy difícil definir la participación general de los patrones de conducta alterados en -- el origen de la obesidad y, tampoco se han identificado un-- tipo específico de personalidad que posee relación directa-- con el desarrollo de la obesidad. No menos importante, el -- hábito y el medio ambiente también parecen influir en la regulación del apetito.

Por otro lado los sujetos obesos muestran índices de mortalidad mayor que los sujetos delgados afectados por el mismo trastorno. (1).

Las manifestaciones clínicas resultantes de la obesidad son muy floridas: en el aparato respiratorio la hipoventilación que acompaña a la obesidad a la postre origina retención de

bióxido de carbono, somnolencia durante el día, fátiga crónica, disnea y cambios de la personalidad, que puede llegar a ocasionar el llamado síndrome de Pick Wick el cual se caracteriza por un mayor trabajo para la respiración, esto originado por la voluminosa caja del tórax y abdomen que ocasiona hipoxia, hipertensión pulmonar secundaria y finalmente insuficiencia cardiaca y pulmonar.

La obesidad es el factor aislado más importante relacionado con la aparición de diabetes en poblaciones de todo el mundo (1). En Estados Unidos el 80% de los diabéticos son obesos y en México se estima una proporción un poco inferior a esta cifra (2).

Se ha observado un porcentaje mayor de diabéticos con exceso ponderal entre los países con alto nivel de vida a consecuencia de la abundancia de alimentos y su fácil acceso y la evolución del número de diabéticos obesos en una misma población en intervalos de muchos años, puesto que se ha observado una evolución creciente sobre todo con respecto a el tipo americano. (13).

Los síntomas gastrointestinales son frecuentes en el obeso, y por lo general inespecíficos como meteorismo y dispepsias. Las personas menores de 50 años con coledocolitiasis, en promedio tuvieron unos 12 Kgs. más que las que no tuvieron las concreciones. El mecanismo quizá tenga relación con la sobre

saturación de bilis con colesterol, resultado de la hiperproducción y mayor excreción del colesterol en la obesidad.

(1).

La incidencia de varios tipos de artritis aumenta en los obesos, en la población general los niveles de ácido urico tienen relación directa con el exceso ponderal y la prevalencia de artritis gotosa aumenta en los obesos. La osteoartritis es la forma más común y grave en particular en la columna y otras articulaciones que soportan la gran carga ponderal. Además de las lesiones arteriales de la aterosclerosis son frecuentes las venas varicosas y también la éstasis venosa lo cual contribuye a una mayor morbimortalidad.

La piel flácida y redundante propia del exceso de grasa subcutánea, produce pliegues húmedos y por ello propensión a lesiones micóticas sobre todo en axilas y región perineal.

(2).

Las mujeres obesas con frecuencia tienen irregularidades menstruales y una mayor propensión a enfermedad hipertensiva del embarazo y los riesgos obstétricos son mayores.

Los riesgos quirúrgicos en términos generales son mayores en los obesos. Las cifras de mortalidad que conllevan diversos métodos quirúrgicos pueden ser dos a tres veces mayores en los obesos que en los no obesos. (2).

ALCOHOLISMO

Hasta estos días es imposible evitar el problema del alcohol y las drogas; las noticias de la televisión y los periódicos son llenados con reportes de escándalos relacionados con el uso de alcohol y drogas. Se dice que las drogas más comúnmente utilizadas son perjudiciales para la salud y que con frecuencia las personas que las utilizan sufren de factores sociales adversos tales como situaciones de stress, desempleo, dificultades económicas, maritales y legales. (5).

En el alcoholismo hay factores sociales y culturales. Los grupos varían en sus actitudes hacia el uso y abuso del alcohol. De cualquier modo se gasta más dinero en ingerir alcohol que en la educación y el cuidado de la salud.

Se atribuye a las experiencias infantiles un papel causal en el alcoholismo; sin duda la infancia se perpetúa en los individuos a través de sus rasgos de carácter y ciertos rasgos de conducta favorecen el alcoholismo.

Se dice que las madres de los alcohólicos son más frecuentemente sobreprotectoras, indulgentes o bien frías y rechazantes, sin embargo es difícil asegurar que las experiencias infantiles de los alcohólicos sean diferentes de quienes no lo son.

La herencia parece jugar un papel en la proclividad al alcoholismo, 52% de los alcohólicos tienen uno o ambos padres --

que también son alcohólicos. Williams sostiene que los alcohólicos tienen defectos enzimáticos en el metabolismo de los carbohidratos (6). El alcohol etílico comparte algunas propiedades con la glucosa y del éter que es un anestésico.

En concentraciones compatibles con la vida los tejidos más afectados son el nervioso y el hepático. En la ingestión aguda la depresión de la formación reticular del tallo cerebral y el aumento de la excitación de la corteza explican -- los cambios en el estado mental que son característicos de la embriaguez. El efecto anestésico del alcohol depende de la velocidad de su ingestión y de su metabolismo, el hígado solamente puede metabolizar una onza en una hora. (7).

La acción del alcohol sobre el tejido nervioso es directa ya que interfiere con la oxidación de la glucosa en la corteza de lóbulo frontal de cuya función depende la voluntad y el juicio.

Al cabo de años de uso reiterado al alcohol termina produciendo alteraciones bioeléctricas corticales que inicialmente son reversibles y más tarde son irreversibles. Según A.E. Bennet el daño cerebral ocurre en personas que ingieren alcohol en forma excesiva coincidiendo con alteraciones electroencefalográficas. (12).

En el alcoholismo hay cambios bioquímicos y neurofisiológicos que son el sustrato de la dependencia física. Se suman-

a los móviles sociales y psicológicos y son causa de dependencia psicológica. El cambio de consumidor excesivo a enfermo alcohólico suele ser gradual, la hipótesis es que hay una pérdida progresiva del control debido a la parálisis in mediata bajo la acción de cantidades de alcohol cada vez -- más disminuidas del hipotálamo. (6).

Ciertos enfermos alcohólicos crónicos ocho horas posterior a la ingestión pueden presentar el síndrome de abstinencia. En general síntomas severos de abstinencia indican alcoholismo crónico, el cuadro puede acompañarse de alucinaciones y, ocasionalmente de crisis convulsivas generalizadas. La fiebre y las anormalidades electrolíticas debidas a una enfermedad orgánica concomitante aumenta la intensidad de los -- síntomas.

Es necesario distinguir entre bebedor normal, bebedor problema y alcohólico; el bebedor problema puede abstenerse, - puede retenerse y no depende físicamente del alcohol. El alcohólico no puede suspender la ingestión del alcohol una -- vez que lo ha iniciado, una vez establecido el patrón de la pérdida de control permanece por el resto de la vida. (5,1). Algunos alcohólicos presentan ciclos de ingestión de carácter crítico precedidos por dezasón íntima que les permite - prever el peligro de comenzar compulsivamente horas o días antes.

Estas crisis dipsomaniacas dependen de un mecanismo endógeno cíclico, que permanece latente y opera después de que se ha ingerido en forma excesiva y por tiempo prolongado.

Algunos alcohólicos tienen desde un principio incapacidad-- para abstenerse, en otros la pérdida solo ocurre después - de una ingestión excesiva y sostenida por años. Se han propuesto varias clasificaciones de alcoholismo que van desde la forma intermitente hasta la dependencia física, el alcoholismo según Jelineck es un proceso evolutivo que se inicia con la ingestión moderada y continúa con la excesiva y se sigue de ahí a las formas patológicas. (4).

Un punto de vista es que el alcoholismo es un síntoma con principio psicogénico como cualquier otro cuyas raíces se encuentran en diversos desórdenes de la personalidad y conflictos internos, por lo tanto es sintomático de otros trastornos subyacentes. Otros mencionan que el alcoholismo es una enfermedad con una matriz patológica de causas específicas y con un curso evolutivo definido.

Los alcohólicos son un grupo heterogéneo que incluye tanto a personas relativamente razonables y estables que a través de los años se vuelven alcohólicos como personas inestables, inseguras e inmaduras.

Entre los alcohólicos hay neuróticos, psicóticos y límites deprimidos, recurrentes o crónicos, personas tímidas, -

introvertidas, con problemas sexuales o personas que sufren ansiedad o fobias y personalidades obsesivas. (2,8).

Se ha sostenido la teoría de que un elemento común es la atención depresiva dolorosa, otro elemento común es la capacidad disminuida para tolerar frustraciones. Otra explicación es que en los alcohólicos hay una tendencia masoquista y que el alcohol les sirve de instrumento para satisfacer a ésta. Como se observa en las explicaciones anteriores, existe similitud entre ellas. R. Foz señala similitudes entre los alcohólicos como son: poca tolerancia a las frustraciones, tensiones y angustias, dificultad para controlar impulsos, tendencias depresivas y mal contacto con la realidad. (6).

El alcohólico se estima poco a sí mismo, es pasivo, exageradamente sensible y se inclina hacia el masoquismo, rebelde, tiene problemas con la esfera social y es muy hóstil. Los alcohólicos crónicos son muy parecidos entre sí, no así en aquellos que no son crónicos.

Las defensas psicológicas que ponen en juego los alcohólicos avanzados son la negación, la racionalización y la proyección de la culpa hacia los demás.

El alcohólico abandona sus responsabilidades y se conduce cada vez más en forma dependiente y agresiva.

Se siente solo culpable y atemorizado cuando está sobrio -- (12). Psicológicamente se han distinguido dos grandes grupos de motivos para ingerir alcohol; uno es poder expresar impulsos objetables y el otro dar la espalda a la realidad dolorosa, siendo el primero el más frecuente. En un gran número de casos se han visto condiciones subyacentes al alcoholismo que son aparentes cuando la persona está sobria, -- una de ellas es depresión monopolar o crónica que es enmascarada por el alcoholismo. Es interesante saber que la resaca de algunos alcohólicos tiene características de una depresión aguda de corta duración, aunque es cierto que no todos los alcohólicos en el fondo son deprimidos pero la asociación es bastante frecuente.

El alcoholismo y la esquizofrenia frecuentemente se asocian y hay algunos alcohólicos a quienes les falta un propósito vital y sin duda algunos sufren esquizofrenia limítrofe. --- También la epilepsia y el alcoholismo se asocian, el alcoholismo a la larga puede producir convulsiones, los epilépticos reaccionan mal a la ingestión de alcohol y frecuentemente sufren episodios amnésicos y agresividad incontrolable. Personas que sufren patología del lóbulo temporal tienen distimias intolerables que pueden conducirles al alcoholismo. Las complicaciones más frecuentes son: cirrosis hepática, - polineuropatía, síndrome cerebral crónico, atrofia del lóbulo frontal y la psicosis de Korsakof.

El alcoholismo exalta la vertiente paranoide de la personalidad, los celos injustificados que son un problema frecuente en alcohólicos inveterados. El delirium tremens se desencadena por la suspensión súbita del alcohol, una caída o un padecimiento febril, el temblor, la agitación y la alucinaciones visuales son sus elementos clínicos principales. La embriaguez patológica indica daño cerebral incipiente cuando se inicia en bebedores crónicos.

En base a todo lo antes mencionado se puede concluir que con respecto al tratamiento del alcohólico, el enfermo necesita apoyo para enfrentarse a sus dos enemigos principales la apetencia del alcohol y las presiones sociales. Si se acepta la realidad y contempla la posibilidad de vivir sin el alcohol y comprende las causas internas y externa de su ingestión.

El alcohólico proviene de un hogar con frecuencia perturbado pero aún es más frecuente que perturbe el suyo. El estudio de la configuración de la familia del alcohólico es un aspecto central en el manejo del problema y es necesario identificar los factores de perturbación y modelación del alcoholismo. (6,12).

DROGADICCION

Si tomamos en consideración la definición de que droga es toda sustancia que introducida en el organismo provoca cambios en su metabolismo, entonces podremos comprender que el ingerir sustancias tales como: cafeína, vitamínicos, anorexigénicos, analgésicos y derivados del ópio, todos estos utilizados principalmente en individuos sometidos a strees o a actividad física exagerada. Es bien sabido que por ejemplo en personas que laboran en oficinas el uso y abuso del café puede ocasionar trastornos diversos en el organismo, - así mismo se reportan casos en los que el individuo sometido a actividad física exagerada abusa de la ingesta de vita mínicos.

En la actualidad se ha dado importancia al control del uso y abuso de los derivados del ópio, los cuales como ya es sa bido causan alteraciones a nivel del sistema nervioso cen-- tral y adicción. (14).

Antes de 1960 el uso de las drogas se consideraba un fenómeno limitado a los barrios bajos en donde los usuarios trata ban de apartar el mundo. (2). Posteriormente aparecieron -- nuevos grupos de drogas y se incrementó el uso de las mis-- mas, las drogas comprendían nombres tan impresionantes como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), tetrahidrokanabi-- nol (la sustancia activa de la marihuana), mezcaltina, psilo

cibina, miristicina y otras. Todas ellas se conocen con el nombre de drogas psicodélicas. (2).

A fines de los años 60 se hicieron populares otras drogas - figuraban entre estas: los barbitúricos, los tranquilizantes menores como el diazepam, todos los cuales tienen efectos - sedantes y otras drogas de efecto opuesto como el de estimular y excitar el sistema nervioso central, estas últimas -- comprenden el grupo de las anfetaminas.

Los usuarios de marihuana pueden considerarse como un grupo numeroso de adictos. Su actitud hacia la marihuana es parecida a la del establecimiento frente al tabaco y al alcohol. A los ojos de los demás son considerados más liberales que los demás. El tabaco y el alcohol aunque adictivos y probablemente peligrosos son socialmente aceptados, en tanto que la marihuana no lo es. (2).

Se considera que la pobreza, una vivienda inadecuada, las - discriminaciones, la carencia de oportunidades, la industrialización y la urbanización son un terreno obligado para la aparición de los factores más personales que el modelo - psicosocial destaca; hogares desechos, falta de integración familiar, carencia de instituciones docentes y laborales propician la adicción a las drogas. (16).

Las diferentes drogas actúan sobre el organismo repercutiendo sobre la salud del individuo, dependiendo del tiempo, de la cantidad y personalidad del sujeto. (17).

ACTIVIDAD FISICA

¿Cuales son los beneficios de la actividad física en la salud en general?.

Las personas que no realizan ejercicio tienen más probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares, coronarias, diabetes, ulcera duodenal y lumbalgia, que las personas activas que efectúan ejercicio, además entre las personas sedentarias hay mayor probabilidad de sufrir hipertensión -- arterial, más tensión neuromuscular, menos fuerza y menos flexibilidad y poca adaptabilidad a las tensiones nerviosas. (2).

Por otro lado el corazón está sometido a una actividad forzada para bombear la sangre. Por el contrario se ha demostrado que el ritmo cardíaco en reposo puede reducirse mediante el ejercicio constante.

El ejercicio puede actuar de varias maneras para reducir la tendencia al desarrollo de la aterosclerosis, y por lo mismo de reducir la enfermedad de las arterias coronarias. (18).

También tiene efectos benéficos sobre el control del peso, al tiempo que proporciona alivio a la tensión nerviosa, sobre el tono muscular y la postura, fenómenos importantes para una vida normal. (1).

La mayor parte de los beneficios derivados del ejercicio sobre la salud parecen ser consecuencia del aumento del meta-

bolismo que se requiere para mejorar la eficacia y capacidad metabólica para satisfacer las necesidades energéticas y realizar el trabajo con el mínimo de fatiga. (18).

Por otro lado se han establecido correlaciones entre el infarto del miocardio y cada uno de los factores siguientes: ingreso calórico excesivo, dieta con alto contenido en grasas, tabaquismo, inactividad física, diabetes mellitus y algunas otras enfermedades. (19).

Se conocen factores de mayor peligro como son: hipercolesterolemia, obesidad, hipertensión y tabaquismo. Cuando hay 3 de estos factores de peligro el individuo tiene 7 veces mayor vulnerabilidad para el infarto del miocardio, con dos factores de peligro aumenta a cuatro veces y con uno aumenta a dos veces. (19,20).

El área de mayor investigación científica sobre los beneficios del ejercicio ha sido en su empleo como métodos potenciales de prevención de coronariopatías. (20). Por otro lado se menciona que aunque la inactividad por sí sola no es una causa importante de enfermedad, el tipo de vida físicamente activa mejora la salud en general y retrasa la aparición de algunos trastornos funcionales que con frecuencia acompañan al envejecimiento, también se recomienda que el ejercicio sea el adecuado para la edad y sexo de la persona, ya que un abuso ocasiona trastornos serios. (1).

MATERIAL Y METODO

Este es un estudio observacional, descriptivo y transversal, que se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de Ciencias Penales, del 6 al 30 de noviembre de 1989,-- con aspirantes a agentes de la policia judicial federal y se protocolizaron de la siguiente manera:

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos los aspirantes que cumplan con los requisitos solicitados por el Instituto.
- edad de 23 a 35 años
- estatura mínima de 165 cm para mujeres y 170 cm para hombres.
- escolaridad mínima de preparatoria completa
- certificado médico
- exámenes de laboratorio y gabinete
- carta de antecedentes no penales
- cartilla del servicio militar liberada
- registro federal de causantes
- acta de nacimiento

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Elementos que no cumplan con los requisitos administrativos del INACIPE.

JUSTIFICACION

Es importante identificar ciertos factores de riesgo en los sujetos que sabemos están expuestos a circunstancias que podrían ser desencadenantes de alguna patología.

El tabaquismo, el alcoholismo, drogadicción, obesidad y la poca o excesiva actividad física son factores determinantes en el contexto sociocultural del individuo y en situaciones altamente estresantes a las que están sometidos los agentes federales, pueden ser origen de graves trastornos de salud.

Por lo tanto, debemos reconocer la presencia de dichos factores de riesgo a través de datos estadísticos para poder ejercer una acción preventiva en los aspirantes al Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE) durante su período de capacitación y durante su desarrollo profesional.

PROBLEMA

Teniendose en cuenta que ser agente judicial federal es una actividad altamente estresante, y que requiere de características socioculturales, físicas y de salud especiales, ¿cuales son los factores de riesgo de los aspirantes al Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE) ?.

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar la presencia de factores de riesgo personales en los aspirantes a ingresar al Instituto Nacional de — Ciencias Penales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Detectar la presencia de los factores de riesgo persona-- les tales como:
 - a) tabaquismo
 - b) alcoholismo
 - c) drogadicción
 - d) obesidad
 - e) actividad física

RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información se recolectó de fuentes primarias, a través de una entrevista personal de los aspirantes al Instituto Nacional de Ciencias Penales por médicos residentes del -- curso de especialización en Medicina Familiar en coordina-- ción con la Universidad Nacional Autónoma de México, pre-- viamente capacitados en el manejo del instrumento (anexo 1).

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 200 aspirantes obteniéndose los siguientes resultados:

La edad de los aspirantes osciló entre 23 a 35 años con una frecuencia mayor en el grupo de edad de 23 a 25 años. Gráfica # 1.

El mayor número de aspirantes son del sexo masculino 191 -- que corresponde al 95.5% y, femeninos fueron 9 (4.5%). Gráfica # 2.

La escolaridad de la población estudiada fué de nivel profesional en su mayoría, 122 aspirantes que representa el 61% y de preparatoria 78 (39%). Gráfica #3.

Con respecto al estado civil encontramos que 108 aspirantes (54%) son solteros, 84 (42%) casados, en unión libre 6 (3%) y solamente 2 (1%) divorciados. Gráfica # 4.

El lugar de origen de la población estudiada es de provincia en el 55% (110 aspirantes) y 45% del D.F. (90 aspirantes). Gráfica # 5. De todos los aspirantes 102 (51%) radican actualmente en el D.F. y 98 (49%) en provincia. Gráfica # 6.

En relación a la religión profesada en su mayoría son católicos 187 (93.5%) y solo 13 (6.5%) no practican ninguna. -- Gráfica # 7.

Dentro de los factores de riesgo hereditarios se encontró --

un total de 26% en toda la población distribuidos de la siguiente manera: infarto agudo del miocardio 9 (4.5%), obesidad 8 (4%), diabetes mellitus 11 (5.5%), hipertensión arterial sistémica 15 (7.5%), enfermedad ácido péptica 3 (1.5%) alcoholismo 5 (2.5%), enfermedad cerebral vascular 1 (.5%). Gráfica # 8.

De los parámetros más relevantes a considerar son los factores de riesgo personales entre ellos el tabaquismo del cual se reportan 69 (34.5%) y 65.5% (131) niegan el hábito. Gráfica # 9. El tiempo de inicio del tabaquismo es de más de 6 años en 51 aspirantes (25.5%), de 2 a 5 años en 13 (6.5%) y en menos de 1 año en 5 (2.5%). Gráfica # 10. Con respecto a la frecuencia ~~fuma~~ diario 27 de los que tienen el hábito - (13.5%), semanalmente 23 (11.5%) y, ocasionalmente 19 (9.5%) Gráfica # 11. En relación a la cantidad de cigarros encontramos que los que fuman diario consumen menos de 5 cigarros - en el 9.5% (19 aspirantes), de 6 a 10 cigarros 5 (2.5%) y - de 11 a 20 cigarros el 1.5% (3); y semanalmente fuman menos de 5 cigarros el 10% (20) y de 6 a 10 el 1% (2). Gráfica #12 El otro factor de riesgo estudiado es el alcoholismo del -- cual obtuvimos los siguientes datos. Lo negaron 97 aspirantes (48.5%) y lo refirieron 103 (51.5%). Gráfica # 13. La - duración del hábito fué de 6 años o más a la fecha en 62 -- (31%), de 2 a 5 años en 38 (19%) y de menos de un año en 3- (1.5%). Gráfica # 14. La frecuencia con que se ingieren be-

vidas alcohólicas en la población estudiada es de forma -- ocasional en la gran mayoría 73 de los aspirantes (36.5%)-- y semanalmente lo acostumbran 30 (15%). Gráfica # 15.

La obesidad, otro factor de riesgo, la encontramos solamente en 25 aspirantes (12.5%) y el resto de la población 175 (87.5%) se encontró dentro del parámetro adecuado a su talla. Gráfica # 16. De los aspirantes con obesidad se obtuvo que el 6.5% (13) tuvieron un sobrepeso del 10% o menos, de 11 a 20% en 10 aspirantes (5%) y solamente 2 (1%) con so brepeso de más del 20%. Gráfica # 17.

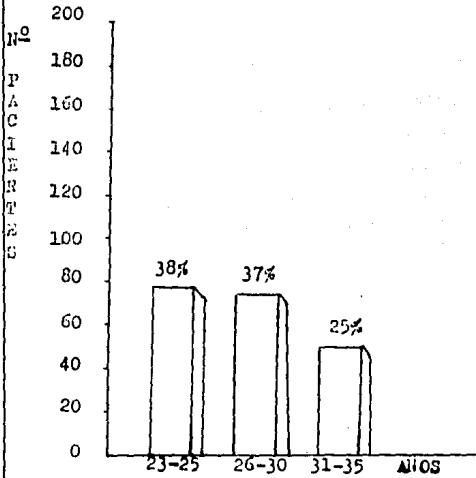
La actividad física, uno de los factores de riesgo para esta población se encontró efectuada en el 65.5% (131 aspirantes) y no realizada en el 34.5% (69 aspirantes). Gráfica # 18; Con respecto al inicio de las actividades deportivas -- 112 (56%) de los individuos realizan desde hace más de 6 -- años, el 6% (12) de 2 a 5 años a la fecha y menos de un año 7 (3.5%). Gráfica # 19. La frecuencia con que se practican las actividades deportivas es: semanalmente en el 47.5% (95 aspirantes); diariamente en el 10.5% (21) y mensualmente en el 7.5% (15). Gráfica # 20. Las actividades más frecuentemente practicadas son las siguientes: foot ball 43 (21.5%), atletismo 45 (22.5%), basquet ball 33 (16.5%), natación 16 (8%), otros 16 (8%) y karate 9 (4.5%). Gráfica # 21.

Algunos de los aspirantes realizan dos o más deportes de -- los descritos. Gráfica # 21.

La adicción a drogas fué negada en todos los aspirantes.

GRAFICA # 1 .

DISTRIBUCION POR EDADES DE LA MUESTRA ESTUDIADA
INACIPE 1989.

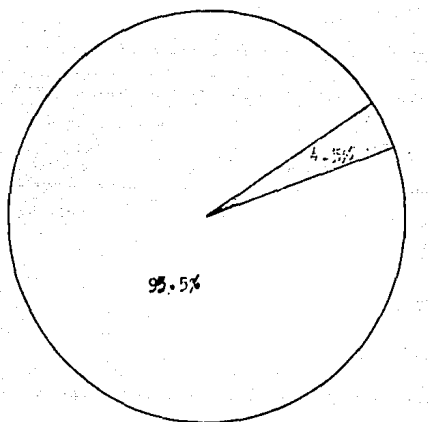


FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 2.

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA MUESTRA ESTUDIADA
INACIPE 1989.



MASCULINO

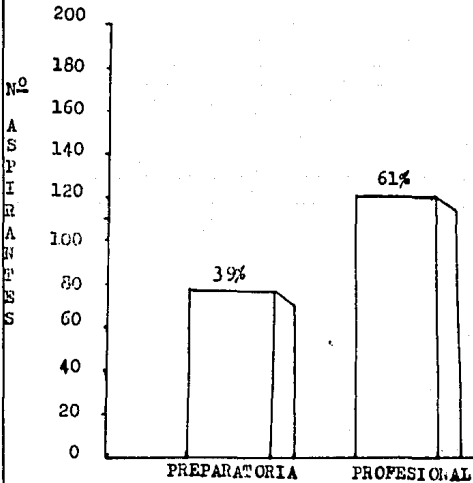
FEMENINO

FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 3.

DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA ESTUDIADA. INACIPE 1989.



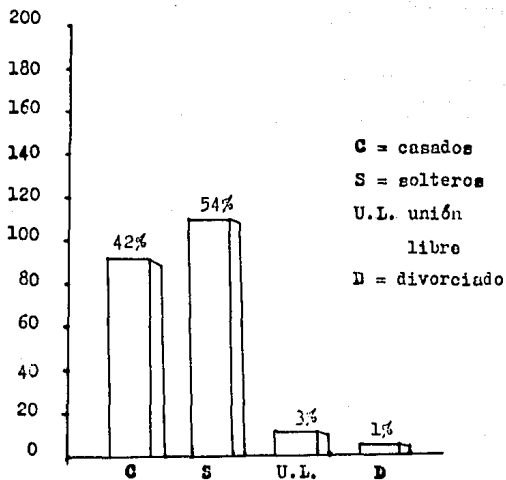
FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 4.

DISTRIBUCION DE ACUERDO A ESTADO CIVIL DE LA
MUESTRA ESTUDIADA. INACIPE 1989.

Nº ASPIRANTES

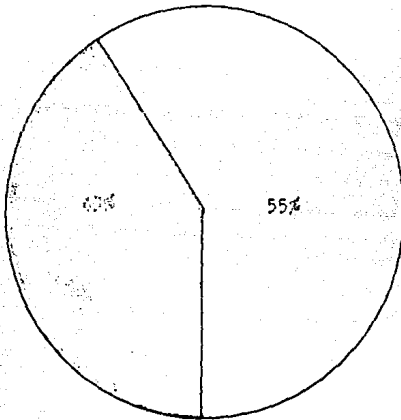


FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 5.

DISTRIBUCION POR LUGAR DE ORIGEN DE LA POBLACION
ESTUDIADA. INACIPE 1989.

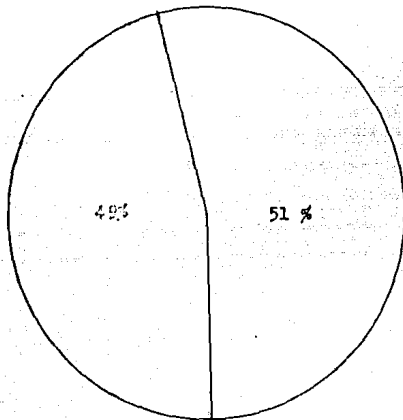
PROVINCIA D.F.

FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación

GRAFICA # 6.

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LUGAR DE RESIDENCIA DE
LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989.



D.F.



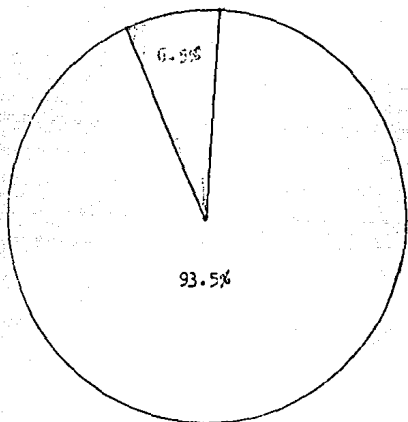
PROVINCIA



FUENTE. Datos obtenidos de la presente
investigación.

GRAFICA # 7.

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA RELIGION EN LA POBLACION ESTUDIADA. INACIFE 1989.



FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

CATOLICA

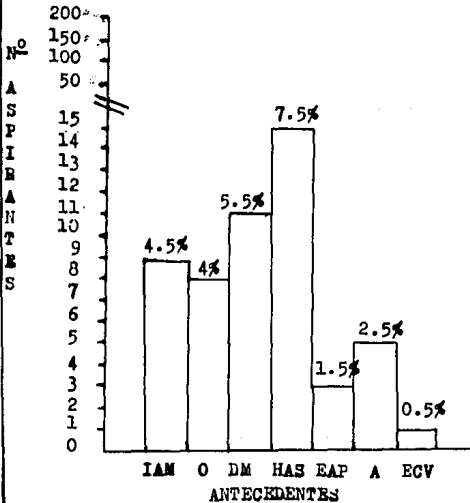


NINGUNA



GRAFICA # 8.

DISTRIBUCION DE FACTORES DE RIESGO HEREDITARIOS
EN LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989.



IAM= Infarto agudo miocardio

O = Obesidad

DM = Diabetes Mellitus

HAS= Hipertensión arterial s.

EAP= E. ácido péptica

A = Alcoholismo

ECV= E. cerebro-vascular

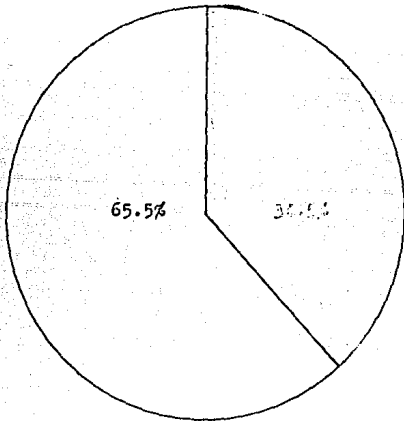
FUENTE. Datos

obtenidos de la

presente investigación.

GRAFICA # 9.

PORCENTAJE DE TADAQUISMO EN LA PORLACION ESTUDIADA
INACIPE 1989.



POSITIVO



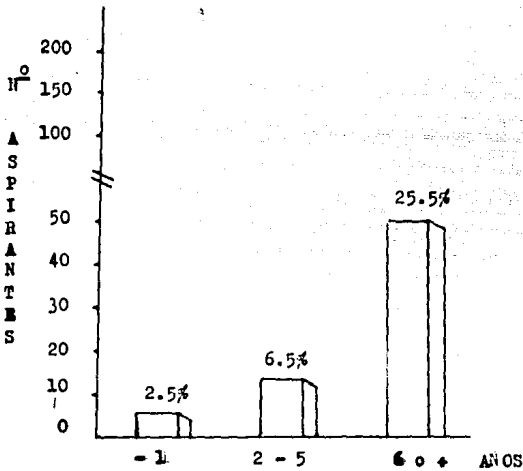
NEGADO



FUENTE. Datos obtenidos de
la presente investigación.

GRAFICA # 10 .

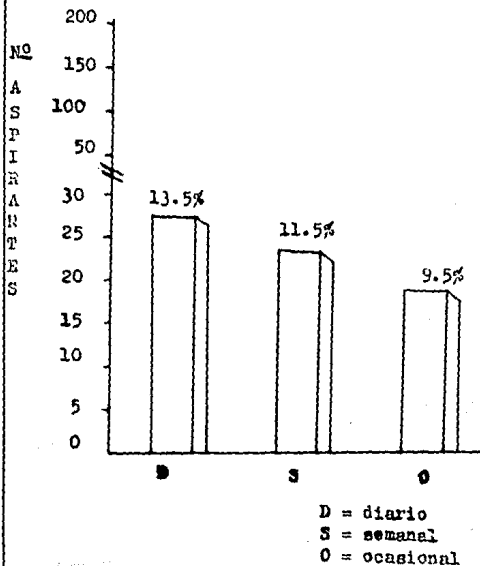
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL INICIO DEL TABAQUISMO
EN LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989.



FUENTE. Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 11.

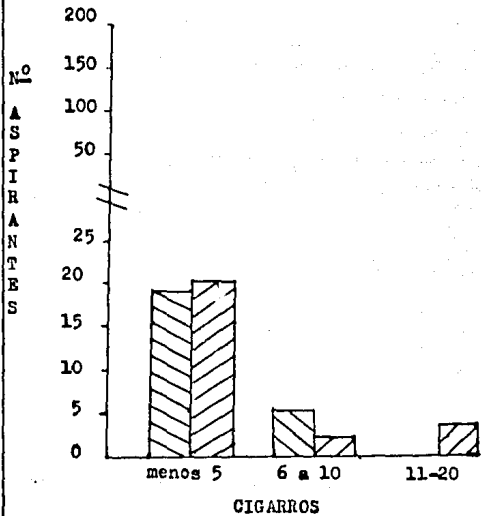
DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DEL TABAQUISMO EN
LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989.



FUENTE. Datos obtenidos de la presente
investigación.


GRAFICA # 12.

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CANTIDAD DE CIGARROS
CONSUMIDOS EN LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE. 1989.



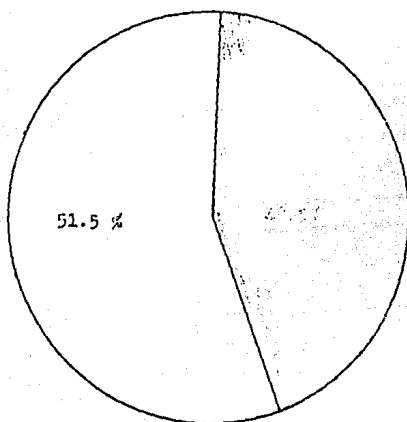
FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

DIARIO SEMANAL 

GRAFICA # 13.

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE ALCOHO -
LISMO EN LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989.



FUENTE. Datos obtenidos de
la presente investigación.

POSITIVO

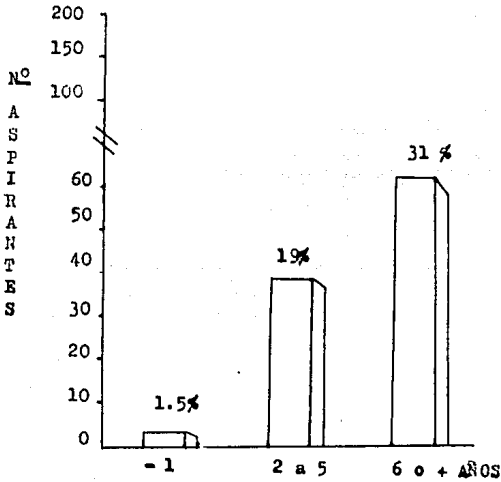


NEGATIVO



GRAFICA # 14.

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL INICIO DEL ALCOHOLISMO
EN LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989.

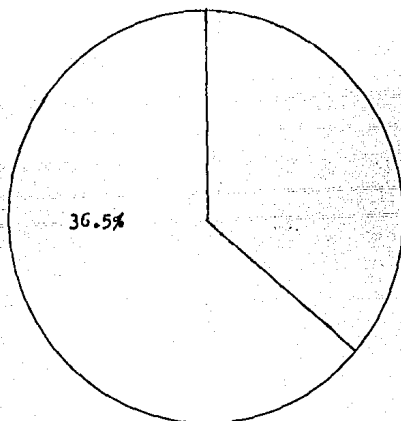


FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 15.

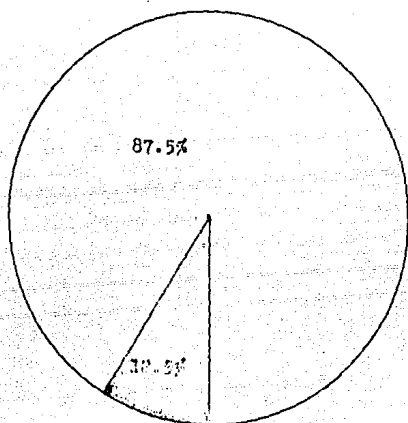
**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DEL ALCOHOLISMO
EN LA MUESTRA ESTUDIADA. INACIPE 1989.**

OCASIONAL SEMANAL

FUENTE. Datos obtenidos de
la presente investigación.

GRAFICA # 16.

DISTRIBUCION DEL PORCENTAJE DE ASPIRANTES CON
OBESIDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989



NORMAL



OBESIDAD

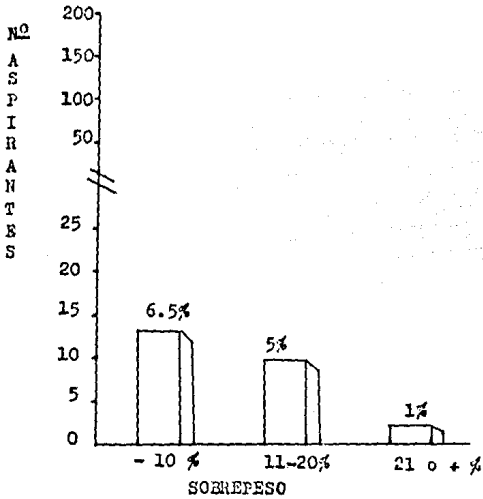


FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 17.

DISTRIBUCION DEL GRADO DE SOBREPESO EN LOS ASPIRANTES OBESOS DE LA MUESTRA ESTUDIADA. INACIPE 1989.

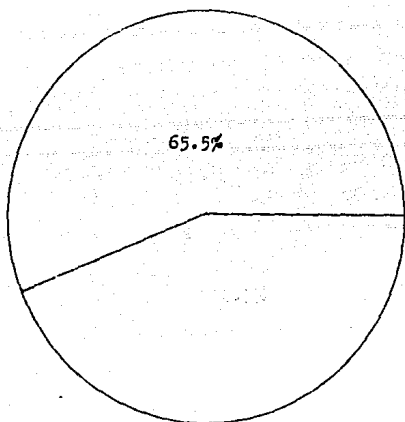


FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 18 .

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD FISICA EN
LA MUESTRA ESTUDIADA. INACIPE 1989.



REALIZADA

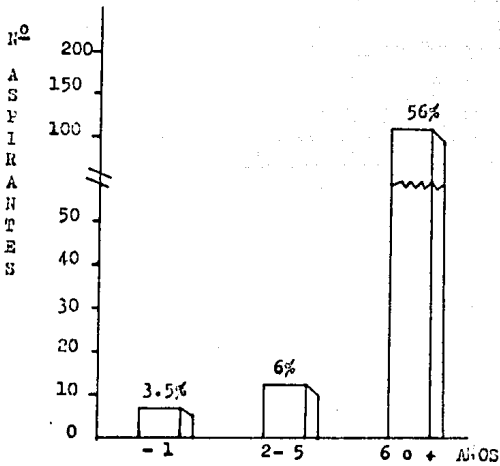
NO REALIZADA

FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 19.

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL INICIO DE LA ACTIVIDAD
FISICA EN LA MUESTRA ESTUDIADA. IMAGIFE 1989.



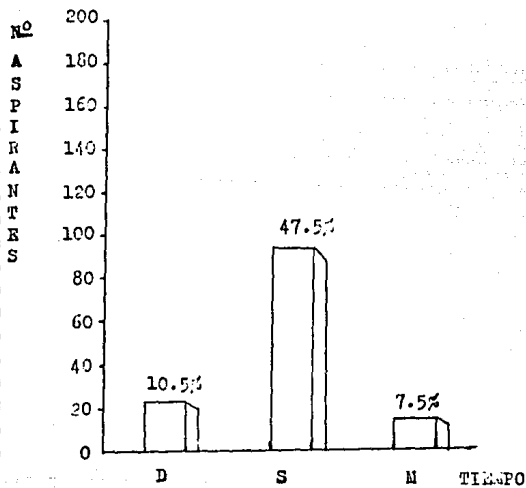
FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 20.

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE LA
ACTIVIDAD FISICA EN LA MUESTRA ESTUDIADA.

INACIPE 1989.



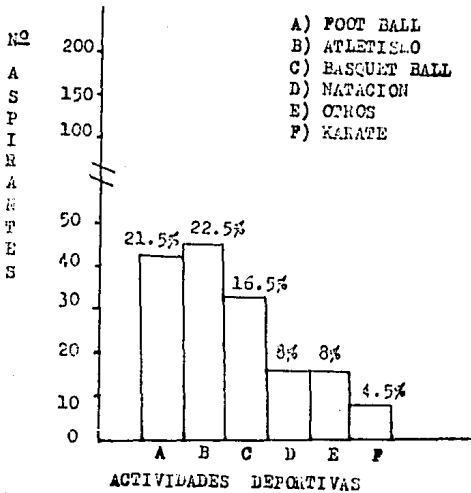
D= diario
S= semanal
M= mensual

FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

GRAFICA # 21.

DISTRIBUCION DE LA ACTIVIDADES MAS PRACTICADAS POR LA POBLACION ESTUDIADA. INACIPE 1989.



FUENTE.

Datos obtenidos de la presente investigación.

ANALISIS

La gran mayoría de los aspirantes son del sexo masculino - 191 (95.5%) como es de esperar por el tipo de profesión a realizar, todos se encontraron en edad económicamente productiva.

No existe gran diferencia en el estado civil con respecto a solteros y casados ya que sus porcentajes son similares. El lugar de origen y la residencia actual no presentó diferencias importantes entre el Distrito Federal y la provincia.

Es importante señalar que la mayoría de los aspirantes cuentan con un alto grado de escolaridad encontrándose el 61% (122) con nivel profesional, lo cual es un factor benéfico para la profesión a la que aspiran.

La población estudiada cuenta con factores de riesgo hereditarios similares al resto de la población (21).

El tabaquismo lo encontramos en el 34.5% (69) de los aspirantes con una frecuencia diaria en el 13.5% y semanal en el 11.5%, ocasional en el 9.5%. Los que fuman diario consumen habitualmente menos de 5 cigarros en el 9.5%. Lo cual representa un factor importante de riesgo personal en este tipo de población.

El alcoholismo es otro de los factores personales de riesgo en el que se observó que el 51.5% ingieren bebidas alcohólicas.

cas y de estos el 31% tienen más de 6 años desde su inicio, aunque su frecuencia es ocasional en el 36.5%.

El sobrepeso en esta población se observó en el 12.5%. Aunque es mínimo, si representa un riesgo mayor por el tipo de actividades a las que se someterán los aspirantes.

Las actividades deportivas si son practicadas con frecuencia ya que el 65.5% efectúa con regularidad (semanalmente)- (47.5%) diversos deportes como son el foot-ball, atletismo, y basquet ball, lo cual mantiene una condición física adecuada.

Siendo la drogadicción un factor de riesgo muy importante, el no encontrarse en esta población es de buen pronóstico para los participantes.

CONCLUSIONES

Una vez analizados los factores de riesgo personales en los aspirantes a ingresar al Instituto Nacional de Ciencias Penales se concluye:

El tabaquismo es un hábito frecuentemente practicado que se demuestra a través de 34.5% de la población estudiada, aunque la cantidad de tabaco consumida es baja ya que se consume menos de cinco cigarros por día en el 9.5%. Sin embargo el hábito de fumar, per se, representa un factor condicionante a diversas patologías primordialmente cardiopulmonares, que afectarán la actividad física a realizar por los aspirantes. De tal manera que deberá de revalorarse el consumo de tabaco posteriormente e implementarse medidas preventivas para este hábito.

El alcoholismo lo presenta más de la mitad de los aspirantes (51.5%) a pesar de que el consumo de bebidas alcohólicas -- fué de más de 6 años de duración la frecuencia con que se imaginieren las mismas fué referida como ocasional. Es importante mencionar que el alcoholismo provoca adicción y dependencia física, produciendo diversos trastornos orgánicos -- que afectan la integridad física y mental del individuo. Motivo por el que deberá implementarse un programa diseñado para evitar el consumo de alcohol entre la población estudiada.

La obesidad no es determinante en esta población, ya que solamente el 12.5% de los aspirantes presentan sobrepeso, y de estos el 6.5% es menor al 10% factor que favorece a los aspirantes ya que se disminuye la predisposición a patologías propias de la obesidad y mejoran sus condiciones generales.

La actividad física es practicada con regularidad por el 65% de la población estudiada, aunque deberá incrementarse en el resto de los aspirantes para lograr una adecuada condición física que les permita desarrollar en forma óptima su profesión.

La drogadicción fué negada por todos los aspirantes, factor que los beneficia ya que dentro de sus actividades a desarrollar está la exposición a las diversas drogas que alteran la integridad del organismo y disminuyen sus capacidades físicas e intelectuales de vital importancia en el desempeño adecuado de sus labores.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE INVESTIGACION
FAMIL DE UNICO DE LOS ASPERILES A "MACEPE" EVALUACION Y
SEGUIMIENTOS DE FACTORES DE RIESGO



1) NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

OCCUPACION FREVA: _____ DOMICILIO: _____

ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

RELIGION: _____ LUGAR DE ORIGEN: _____

TIEMPO DE RESIDIR EN D.F. _____ CUIDADO: _____

II) FACTORES DE RIESGOS HEREDITARIOS:

	PADRE	MADRE	TIOS	HERMANOS	OBSERVACION
1.- I.R.N.	()	()	()	()	_____
2.- D.I.L	()	()	()	()	_____
3.- N.F.A.	()	()	()	()	_____
4.- A.F.C.	()	()	()	()	_____
5.- CH.F. ACIDO PEPICO	()	()	()	()	_____
6.- OBESIDAD	()	()	()	()	_____
7.- ENF. MORTALES	()	()	()	()	_____
8.- ALCOHOLISMO	()	()	()	()	_____
9.- FARMACODPENDENCIA	()	()	()	()	_____
10.- CONVULSIVOS	()	()	()	()	_____

III) FACTORES DE RIESGOS PERSONALES:

	INICIO	CANTIDAD	FRECUENCIA
15.- TABAQUISMO	_____	()	_____
17.- ALCOHOLISMO	_____	()	_____

	INICIO	CANTIDAD	FRECUENCIA
13.- OBESIDAD	_____	()	_____
14.- ACT. DEPORTIVAS ESPECIFICO	_____	()	_____
15.- HABITOS ESPECIFICO	_____	()	_____

IV) ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

	FECHA	TIPO
16.- APLICACION TOSIDOR TETRAZOLICA	_____	_____
17.- TRAUMATICOS	_____	_____
18.- QUIRURGICOS	_____	_____
19.- ALERGIAS	_____	_____

	INICIO	TIPO	CANTIDAD	FRECUENCIA
20.- USO DE MEDICAMENTOS	_____	()	()	_____

V) INTERROGATORIOS POR APARATOS Y SISTEMAS

	SI	NO	F.	INICIO	EVOLUCION
21.- ARDOR EPIGASTICO	()	()	_____	_____	_____
22.- DIGESTION	()	()	_____	_____	_____
23.- NAUSEA Y/O VOMITO	()	()	_____	_____	_____
24.- DIARREA	()	()	_____	_____	_____
25.- CONSTIPACION	()	()	_____	_____	_____
26.- MELENA Y/O HEMATOQUEZIA	()	()	_____	_____	_____
27.- DOLOR ABDOMINAL	()	()	_____	_____	_____
28.- DISHEA	()	()	_____	_____	_____
29.- PALPITACIONES	()	()	_____	_____	_____
30.- TOS	()	()	_____	_____	_____

	SI	NO	P. INICIO	EVOLUCION
31.- EDEMAS	()	()	()	_____
32.- LIPOTIMIA	()	()	()	_____
33.- VERTIGO	()	()	()	_____
34.- POFEMOS	()	()	()	_____
35.- ACUFENOS	()	()	()	_____
36.- CEFALIAS	()	()	()	_____
37.- CONVULSIONES	()	()	()	_____
38.- DORSALGIA Y/O LUMBAGIA	()	()	()	_____
39.- ALT. APETITO	()	()	()	_____
40.- ALT. EN SUEÑO	()	()	()	_____
	INSOMNIO			
	HIPERSOMNIO			
41.- ALT. EN TALENTO	()	()	()	_____
	IMITABLE			
	ELUCIDIO			
42.- ANTRALGIA	()	()	()	_____
43.- NEALGIAS	()	()	()	_____
44.- DISMINUCION DE FUERZA	()	()	()	_____
45.- FRUSTO	()	()	()	_____
46.- LESIONES DERMICAS	()	()	()	_____
47.- PERDIDA DE PESO	()	()	()	_____
48.- POLIFAGIA	()	()	()	_____
49.- POLIFAGIA	()	()	()	_____
50.- SECRECION VAGINAL	()	()	()	_____
51.- SECRECIO URETRAL	()	()	()	_____
52.- LESIONES EN GENITALES	()	()	()	_____

VI) ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICIA

RITMO _____

53.- MENARCA _____ IYS _____ E _____ P _____

VII) EXPLORACION FISICA:

FC _____ FR _____ T.A. _____
PIC _____ OCBUSIO _____

PESO _____ TALLA _____

	NORMAL	ANORMAL	ESPECIFIQUE ANORMALIDADES
55.- OJOS	()	()	_____
56.- NARIZ	()	()	_____
57.- DIDOS	()	()	_____
58.- BOCA	()	()	_____
59.- CUELLO	()	()	_____
60.- PECTORIO	()	()	_____
61.- PULMONES	()	()	_____
62.- ABDOMEN	()	()	_____
63.- GENITALES	()	()	_____
64.- COLUMNA	()	()	_____
65.- RIS. TORACICOS	()	()	_____
66.- RIS. PELVICOS	()	()	_____
67.- PIEL Y FANERAS	()	()	_____
68.- BIOMETRIA HEMATICA	()	()	_____
69.- QUIMICA SANGUINEA	()	()	_____
70.- V.D.R.L	()	()	_____

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 COORDINACION DE INVESTIGACION
 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
 CARACTERISTICAS SOCIO-MEDICAS DEL ASPIRANTE AL INACIFE.

	NORMAL	ANORMAL	ESPECIFIQUE ANORMALIDADES
71.- E.B.O	()	/ ()	_____
72.- EGFOPARASITOSCOPICO	()	()	_____
73.- PAPANICOLAOU VAGINAL	()	()	_____
74.- RX. TDRAX	()	()	_____
75.- ELECTROCARDIOGRAMA	()	()	_____
76.- GRUPO SANGUINEO Y RH.	()	()	_____
77.- GRAVIDEZ	()	()	_____

NOTA DIAGNOSTICO: _____

A	B	C
()	()	()

MOTIVOS: _____

REALIZO: _____

78.- Familia de origen.
 79.- Miembros económicamente activos.
 a) uno c) tres
 b) dos d) más de tres

79.- Ocupación del padre. _____

80.- El trabajo es:
 a) Estable
 b) Inestable

81.- Escolaridad de padre _____

82.- Ocupación de la madre _____

83.- El trabajo es:
 a) Estable
 b) Inestable

84.- Escolaridad de la madre. _____

85.- Monto anual de ingresos familiares.
 a) Menos de un salario mínimo d) Tres salarios mínimos
 b) Un salario mínimo e) Más de tres salarios mínimos
 c) Dos salarios mínimos

86.- Tipo de familia.
 Desarrollo
 a) Moderna
 b) Tradicional

Concepción familiar.
 a) Nuclear d) Número de integrantes: _____
 b) Estensa
 c) Estensa reducida



Integración familiar.

- a) Integrada
- b) Desintegrada

87.- Causa de desintegración

- a) Muerte
- b) Abandono
- c) Divorcio
- d) Trabajo
- e) Otra causa. _____

88.- Fase de ciclo vital familiar

- a) Matrimonio
- b) Expansión
- c) Dispersión
- d) Independencia
- e) Retiro y muerte

89.- Como reaccionaron sus familiares ante su decisión de integrarse a IUSCITE.

- a) Con agrado
- b) Con indiferencia
- c) Con desagrado
- d) Otra reacción _____

90.- Respecto al trabajo sus familiares opinan.

- a) Qué tiene buen futuro
- b) Qué no tiene futuro
- c) Sin opinión al respecto

91.- Sus familiares trataron de hacerle cambiar de idea

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

92.- Motivos de ingreso.

- a) Económico
- b) Vocacional
- c) Por tradición
- d) Oportunidad de desarrollo profesional
- e) Otros motivos _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
 PERFIL DE INGRESO DE LOS ASPIRANTES AL INACIPE.



INSTRUCTIVO DE LLENADO

El cuestionario deberá llenarlo el médico que examine al aspirante.
 Las respuestas se anotarán directamente en el cuestionario.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRES: Inicie con los apellidos maternos, paternos y nombre. En caso de desconocer el apellido anote la letra "X".

EDAD: Anote con número arábigo la edad en años cumplidos al momento del examen.

SEXO: Solo anote una "M" para masculino y una "F" para femenino.

FECHA: Anote el día, mes y año, empleando dos dígitos en cada caso. (Ej. 06-11-89)

OCCUPACION PREVIA: Anote con exactitud y que se refiere a lo se dedicaba el aspirante. Evite usar el término "EMPLEADO".

DIRECCIÓN: Anote calle y número (con número interior en caso de existir) colonia y población municipal, con el código postal.

EDUCACIÓN: Anote su tipo primaria, secundaria, bachillerato, estudios técnicos o comerciales, profesionales o de posgrado anotando una "C" en caso de que sean completos y una "I" en caso de que sean incompletos.

ESTADO CIVIL: Anote si es soltero (s) casado (c), unión libre, o si tiene otro estado civil, sin abreviaturas.

RELIGIÓN: Escriba claramente la religión a la que pertenece el aspirante en caso de no pertenecer a ninguna, escriba la letra "N".

LUGAR DE ORIGEN: Anote el municipio y ciudad de procedencia
TIEMPO DE RESIDIR EN EL D.F.: Anote el tiempo en años cumplidos

II) FACTORES DE RIESGOS HEREDITARIOS:

REACTIVOS DEL 1 al 10:

Marque con una "X" en el parentesis correspondiente si el antecedente existe en el padre, madre, tíos o hermanos. Se agrega el rubro de "observaciones" para que el médico destaque que algún aspecto que considere importante como antecedente hereditario. Evolución, tratamiento, edad de muerte, etc. Si tales antecedentes son negados, solo anote "NEGADOS".

III) EXCEPCIONES DE RIESGO PERSONALES:

REACTIVOS DEL 11 al 15:

INICIO: Es necesario indicar la fecha aproximada de inicio en los 5 reactivos.

CANTIDAD: Para el alcoholismo señale el número de copas. Para actividades deportivas señale la cantidad de horas y/o minutos.

FRECUENCIA: Anotar cada cuando se efectúa la actividad.

No anote nada en obesidad para cantidad y frecuencia. En los hábitos se deben considerar no sólo a la farmacodependencia sino cualquier otro hábito como por ejemplo fumar café, etc.

IV) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

No. 16. Sólo anote la fecha de aplicación y si se ha aplicado sin dosis de refuerzo.

REACTIVOS 17-19 anotar fecha de ocurrencia y el tipo de evento.

REACTIVO 20. Anote los cuatro datos solicitados en caso de existir el evento.

VI) INTERVENCIONES POR AFECTIVO Y SISTEMAS:

REACTIVOS 21 a 32

Marque con una "X" en el parentesis correspondiente si presenta o no el fenómeno y en "observaciones", describa la evolución del mismo. (Inicio, evolución, resolución).

VII. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

MEMARIA: Anotar la edad de su aparición en años.

RITMO Y DURACION: Señalar en forma convencional por ejemplo 28 x 3

IVS: Anotar según la edad de inicio del aspirante.

S.P.A.C: Anotar con número romano. En caso de aborto señalar la fecha de ocurrencia y motivo.

P.M. Anotar la fecha completa, día, mes, año.

VIII. EXPLORACION FISICA:

No obvie ningún dato de los signos vitales.

REACTIVOS 55 a 75:

Marque con una "X" si la exploración es normal o anormal, especificando cual es la anomalía en caso de existir ésta. En el reactivo número 73 indique clara y completamente, en la línea continua, el resultado según la clasificación empleada.

REACTIVO 76: Anote claramente grupo y RH en la línea continua.

REACTIVO 77: sólo indique si el resultado es positivo o negativo.

VIII) DIAGNOSTICO (SI):

Anote el o los diagnósticos encontrados.

INCISO "A": Marque con una "X" este inciso si el aspirante es aceptado.

INCISO "B": Marque este inciso si es aceptado pero con condicionantes.

INCISO "C": Marque este inciso cuando el aspirante sea rechazado.

NOTIVOS: Anote únicamente en caso de haber marcado los incisos "B" o "C".

REALIZO: Finalmente anote el nombre completo del médico que efectuó el examen.

CARACTERISTICAS SOCIONOMICAS DEL ASPIRANTE A INACITE

La información requerida es exclusivamente acerca de la familia de origen.

Anote sus respuestas directamente en el cuestionario.

78. MIEMBROS ECONOMICAMENTE ACTIVOS:

Son aquellos integrantes del núcleo familiar que contribuyen con sus ingresos monetarios a la economía doméstica.

79. OCUPACION DEL PADRE:

Anote con exactitud la actividad laboral del padre.

80. TRABAJO ESTABLE O INESTABLE:

- Estable: Es aquel que por sus características de contratación permite al trabajador contar con percepciones económicas durante más de un año (Base o Definitivo)

- Inestable: Es aquel que no cuenta con contratación o ésta menor a un año (Interino, confianza, tiempo determinado, sus pensación, etc.).

81. ESCOLARIDAD:

Anotar si es primaria, secundaria, bachillerato, estudios técnicos o comerciales, licenciatura, o estudios de posgrado y agregar una letra "C" cuando los estudios sean completos y una letra "I" cuando sean incompletos.

82. OCUPACION DE LA MADRE:

Anotar la ocupación, sean labores del hogar o trabajo remunerado.

83. -CONTIENE a este reactivo, sólo en caso de que el trabajo de la madre sea remunerado.

84. - ESCOLARIDAD:

Respóndase con los mismos parámetros que el reactivo No. 81

85. MONTO MENSUAL DE INGRESOS FAMILIARES:

Suma de las cantidades líquidas de cada uno de los integrantes que aportan económicamente el gasto familiar, contabilizarlo en "N" veces el salario mínimo.

86. TIPO DE FAMILIA:

DESARROLLO:

- MODERNA Cuando los dos cónyuges trabajan y aportan económica mente.
- TRADICIONAL: Sólo el padre o hijo varón contribuyen al gasto familiar.

COMPOSICION:

- NUCLEAR: Constituida únicamente por la pareja y sus hijos.
- EXTENSA: La constituida por la pareja, sus hijos y otros familiares consanguíneos.
- EXTENSA COMPUESTA: La constituida no tan sólo por parientes -- con lazos consanguíneos, sino que también se incluyen amigos, compadres que viven bajo el mismo techo.
(En este subapartado se requiere contestar el inciso d).

INTEGRACION

- INTEGRADA: Aquella familia en la que se encuentran físicamente todos los miembros que la constituyen.
- DESINTEGRADA: Cuando falta algún miembro por cuestiones de -- trabajo, abandono, divorcio o muerte.

87. CAUSAS DE DESINTEGRACION:

Responder esta pregunta sólo en caso de desintegración familiar. Observar que existe el inciso "Otra causa" para que se especifique alguna otra razón no considerada en los incisos anteriores.

88. CICLO VITAL FAMILIAR:

MATRIMONIO: Se inicia con la unión de la pareja de manera formal o informal y culmina con el nacimiento y sobrevivencia del primer hijo

EXPANSION: Se inicia con el nacimiento de los hijos y termina cuando éstos ingresan a la escuela.

DISPERSION: Inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina con la separación del hogar de alguno de ellos.

INDEPENDENCIA: Se inicia con la primera separación de los hijos y culmina cuando el último de ellos realiza esta acción.

RETIRO Y MUERTE: Empieza con el casamiento o separación del último de los hijos y termina con la muerte de los padres.

89. REACTIVOS 89 a 92:

En estos reactivos marque la respuesta que le señale el aspirante. Observe que algunas preguntas tienen el inciso de "Otro" para el caso de que la respuesta no se encuentre en los incisos anteriores.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wyngaarden, J.B., Smith, Li H Tratado de Medicina Interna. Ed. 17a. pp.41-47, Ed. Interamericana 1987.
- 2.- Miller, Burt. Salud individual y colectiva. 10a.Ed. pp. 322-26.Ed. Interamericana. 1984.
- 3.- William, J.D. y col. The social dynamics of cigarette -- smoking:A family systems perspective. Family Process --- 25:453-59.1986.
- 4.- Brannwald, Petersdorf. Manual de Principios de Medicina Interna. 11a Ed. pp. 587-93. Ed.Interamericana 1989.
- 5.- Schuckit, Ma. Alcohol y alcoholismo. New York cap. 35. 1984.
- 6.- Patiño, José Luis. Lecciones de Psiquiatria clínica.pp 113-22. Ed. Buenos Aires 1986.
- 7.- Rosback, J.B., Kesler. The etiology of alcoholism consti tutional, psicologycal an sociologycal.Offaet publica-- tion pp.77-92.1987.
- 8.- Wolf, S.M. Causation y traetmen of the alcohol with drai val. Syndrome in alcoholism progress in research and --- traetmen. Neva York Academic. 5;120-25.1976.
- 9.- Friedman, G.D. y cols. Mortality in cigarette smoker and quitters. New.Engl.J.Med. 146:304-307.1986.
- 10.- Word Health organitation smoking and its efecets on -- health who technical report series No.568.1982.

- 11.- Wodalk, Alex. A comuniti response to drug issues. Australian Family Phisician. 16(1):40-42. 1987.
- 12.- Wrence, C.K. Psiquiatria Clínica Moderna. 6a. Ed. Cap. 17, pp. 25-26. Ed. Prensa Médica. 1985.
- 13.- Doyard, P.A. Obesidad, definición, encuesta epidemiológica y frecuencia. La Revue des praticien. 30:1739-47 1982.
- 14.- L.Robert y cols. DSM III R. Cap. 3, Ed. Masson 1980.
- 15.- Fortnightly y cols. Drug an Therapeutics. Bulletin --- Drugs. 27(18):71. sept. 1989.
- 16.- Nowillis, Helen, La verdad sobre la droga. Cap. 3 Ed. - UNESCO, Paris: 1975.
- 17.- Gorjon Cano, Sergio. Psicología Médica UHAM 1989.
- 18.- Karpovich, Peter and Wyne, E. Physiology of exercise and muscler activity. Filadelfia pp.134-180.1986.
- 19.- Stanley, L.R. Tratado de patología estructural y funcional. 5a. Ed. pp. 629_31. Ed. Interamericana 1985.
- 20.- Clausen, J.P. Circulatory adjustments to dynamic exercise and efector of physical trihing in normal subjets and in patients with coronary disease. Pro Cardiovas. Dis, 28:459.1986.
- 21.- San Martin. Salud y Enfermedad. Epidemiología. Ed. 9a. Cap. 4. Ed. La Prensa Médica. 1986.
- 22.- Queenan T.,John. Atención del embarazo de alto riesgo Ed. 1a. pp.13. Ed. manual Moderno. 1987.