

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS
FASE III

INFORME FINAL

SANDRA LISSSETH MARTINEZ SOLIS
CARNET: 9413537
ASESOR: DRA. MAGDA F. VELÁSQUEZ
REVISOR: DR. RAÚL A. CASTILLO R.

AUTOCAUIDADO DE LA SALUD DEL MEDICO

Estudio descriptivo realizado con médicos colegiados de la ciudad de Guatemala, durante el mes de junio del 2,000.

“Médico cúrate a ti mismo”
(3)

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	8
VI.	METODOLOGÍA	26
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
IX.	CONCLUSIONES	49
X.	RECOMENDACIONES	51
XI.	RESUMEN	52
XII.	BIBLIOGRAFÍA	53
XIII.	ANEXOS	58

I. INTRODUCCION

Algunas veces las costumbres y la salud de los médicos son ejemplares y otras son peligrosas para ellos mismos y sus pacientes ⁽²⁾.

El ejercicio profesional del médico es una actividad que conlleva sacrificio personal pero a veces de gran beneficio para otros, sin embargo este esfuerzo puede convertirse en una especie de altruismo mal adaptado, al preocuparse por la salud de otros descuidando la suya ⁽³⁾.

El presente estudio tuvo como objetivo principal caracterizar la participación del médico en el Autocuidado de la Salud enfatizando sobre aspectos físicos, para ello se seleccionó una muestra al azar de 200 médicos de la ciudad capital, a quienes en visita personal se les entregó una boleta de recolección de información. Los datos revelaron que el estado nutricional, consumo de tabaco, inmunizaciones, ejercicio físico, desconocimiento del reglamento de tránsito, la no consulta a especialistas y la detección de enfermedades asintomáticas, son los aspectos menos cuidados por el grupo de entrevistados.

Estudios han demostrado que a los médicos les resulta difícil aceptar el papel de enfermos ⁽³⁾. Por ello deben cuidar de su salud, evitando conductas de riesgo y participando activamente en la vigilancia de su autocuidado.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” ^(13,35).

El autocuidado se define como el servicio esencial o de utilidad para promover, conservar y restablecer la salud y el bienestar propio. ⁽¹²⁾

El médico ha elegido y ha sido elegido para una profesión ardua y exigente. Ha ingresado a una carrera con valores, tradiciones de conducta y responsabilidades establecidas. Los médicos tienen obligaciones y deberes únicos, trabajan más arduamente que la mayoría de las personas, toman menos vacaciones, trabajan más años que la población en general y por ello su tiempo de vida de retiro es más corto ^(2,23).

Estudios realizados en profesionales de la medicina han demostrado que se exponen a conductas de riesgo para su salud. Entre los principales factores que deterioran la salud de los médicos, se encuentran las bebidas alcohólicas, el cigarrillo y drogas; actitudes que le afectan individualmente así como los incapacita, en cierto modo, en el desempeño adecuado de su trabajo ⁽²³⁾.

“El personal del equipo de salud tiene un riesgo particular para diversas enfermedades que pueden ser prevenidas por vacunas. La transmisión de la Hepatitis B y de la influenza de los pacientes al personal de salud es frecuente y éstos pueden transmitir la infección a otros pacientes. La rubéola y el sarampión se transmiten entre el personal de salud y los pacientes en forma recíproca, a veces con significativos costos de atención médica y posibles consecuencias legales. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para inmunizar al personal del equipo de salud, la aceptación de las vacunas es pobre” ⁽²¹⁾.

En lo que respecta a la dieta, un estudio realizado por Sologaistoa, en el año de 1998, sobre prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en profesionales egresados de la USAC, se observó que el 24% de las mujeres y el 31% de los hombres estudiados presentaban obesidad, la cual se asociaba a un estilo de vida inadecuado, al no tener tiempo de realizar ejercicio o para

consumir una dieta balanceada. De los médicos incluidos en el estudio, se demostró que el 44% de los profesionales egresados llevaban una vida sedentaria ⁽⁴³⁾. Se han realizado estudios que indican que del 37 al 73% de los estudiantes de medicina y médicos no practican ejercicios vigorosos semanales y se encuentran mal acondicionados físicamente ^(19,44).

La propuesta de la Sociedad Americana contra el cáncer, en la prevención secundaria de cáncer de mama recomienda que toda mujer debe estar capacitada para practicarse la autoexploración física de la mama, ya que el control de esta patología se basa en la detección y el tratamiento precoz ^(11,27).

El cáncer cervicouterino es sin duda sobre el que se ha podido ejercer mayor control gracias a la citología exfoliativa propuesta desde 1941, la morbilidad de su tratamiento y la mortalidad por lesiones avanzadas son altos, lo cual es una situación frustrante porque el cuello uterino es accesible y se cuenta con una buena prueba de detección simple; por ello, en el último consenso realizado en 1988 por varias organizaciones al servicio de la salud recomendaron la citología exfoliativa anual a toda mujer mayor de 18 años y en aquellas con actividad sexual independiente de la edad ^(37,42).

Respecto al sexo masculino se aconseja que todo hombre al iniciar los 50 años debe tener una prueba de antígeno prostático anual, acompañado de un examen digital rectal ⁽⁴⁹⁾.

Los médicos juegan un papel importante en la asesoría de pacientes sobre factores del estilo de vida que previenen accidentes (evitar el alcohol en exceso, utilización de cinturones de seguridad, establecer límites para conductores adolescentes y advertir sobre el manejo en estado de ebriedad). El uso de cinturones de seguridad por parte de los médicos es la buena costumbre de salud menos comprobada, aunque podría asumirse por su grado de educación, que lo utilizan con más frecuencia que otros ⁽²⁾.

Desafortunadamente hay muy pocos datos acerca de la salud de los médicos, los cuales rara vez proporcionan comparaciones con otros profesionales, aunque algunos consideran que a pesar de las complejidades, retos del trabajo y tipo de vida de los médicos, en casi todos los aspectos son tan sanos como la población en general ⁽²⁾.

III. JUSTIFICACION

El médico promete solemnemente consagrar su vida al servicio de la humanidad. Su profesión le exige velar por la salud de sus semejantes ⁽¹⁷⁾; pero, ¿Quién vela por la salud del médico?

Numerosos estudios han demostrado que los médicos no practican lo que predicán, ya que recomiendan exámenes físicos anuales a sus pacientes, pero ellos mismos no se los realizan. Una investigación reportó que casi una tercera parte de los médicos quienes estaban bastante familiarizados con el cáncer, nunca se habían hecho un examen para detectar una enfermedad asintomática, como refiere Bowden en su libro “Adaptación al papel de médico” ⁽³⁾.

En 1988, de un grupo de 356 profesionales egresados de la USAC el 46% de los mismos fueron catalogados entre obesos moderados y severos, presentando la profesión médica el mayor porcentaje (59%) . El informe anual del área de la Unidad de Salud de Bienestar Estudiantil de la USAC de 1996, reporta entre las primeras diez causas de morbilidad en médicos el sobrepeso, consumo de tabaco y alcohol ^(33,46).

Un estudio realizado por Hernández en 1994, sobre el perfil de salud del los médicos que optaron al programa de especialidades clínicas, se encontró una prevalencia de consumo de alcohol (58%), tabaco (29%) y caries dental (98%) ⁽²³⁾.

El médico en el ejercicio de su profesión está expuesto a enfermedades infecciosas que pueden afectarlo o transmitir. En U.S.A. sólo el 10 al 31% de los médicos con seronegatividad a anticuerpos, antirrubéola que atienden niños, mujeres embarazadas y otros pacientes se vacunan contra esta enfermedad. Al menos el 84% de los médicos en ese país son susceptibles a hepatitis B pero muy pocos del personal hospitalario se vacunan contra esta

patología. Se desconoce la prevalencia de inmunización de médicos para tétanos, difteria, poliomielitis e influenza. *“Como los riesgos para la salud y los costos son bajos los resultados favorables, y la responsabilidad profesional por no haberse vacunado es alta, los médicos sensatos se vacunan”⁽²⁾.*

En nuestro país no existen datos que evidencien de manera global el papel que desempeña el médico en el autocuidado de su salud por lo tanto es importante realizar un estudio de este tipo para la toma de medidas encaminadas a brindar una mejor perspectiva de salud en el médico guatemalteco, así como resaltar la importancia del autocuidado y la medicina preventiva, desde los primeros años de la formación del médico.

Es muy importante resaltar el hecho de que los hábitos y medidas en el autocuidado de la salud de los médicos, ayudan a determinar la asesoría que proporcionan a los pacientes ⁽²⁾ . Por ello el médico debe interesarse en su propia salud ya que ética y legalmente le corresponde tanto más que, la de sus semejantes.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Caracterizar la participación del médico en el autocuidado de la salud física.

ESPECIFICOS

1. Identificar el consumo de tabaco, alcohol y drogas .
2. Indagar acerca del exceso de velocidad al conducir.
3. Determinar el uso de cinturón de seguridad.
4. Determinar la tasa de inmunización que presentan los médicos respecto al esquema de vacunación para personal de salud.
5. Determinar la práctica de ejercicio físico.
6. Describir el tipo de alimentación.
7. Determinar el índice de masa corporal.
8. Determinar la realización de mamografía, autoexamen de mama y citología cervical periódica en médicas.
9. Determinar la realización de antígeno prostático y examen rectal digital periódico.
10. Conocer si médicos visitan periódicamente al odontólogo.
11. Conocer si los médicos visitan periódicamente al oftalmólogo.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

AUTOCAUIDADO DE LA SALUD DEL MEDICO

I. LA PROFESION DEL MEDICO

“El médico difícilmente se ocupa de cuidar de su salud y disminuir los factores que le provocarán enfermedades posteriores y procesos que podrían causarle trastornos irreversibles o que terminen en desintegración familiar, problemas depresivos, suicidios o muerte por enfermedad orgánica”⁽²³⁾.

La mayoría de los médicos no tienen un médico personal que pueda promover y vigilar su salud. La autoterapéutica, los retrasos por perturbar la cortesía profesional, el temor y la negación, pueden ser algunos de los factores que impidan o retrasen el diagnóstico y tratamiento de sus problemas. Al hecho de creer que las enfermedades, los problemas personales y familiares de otros no lo afectarán, se le ha llamado "síndrome de invulnerabilidad del médico", del cual muchos padecen ⁽²⁾.

“Los médicos, en unión de sus médicos personales y familiares, necesitan analizar su salud personal y su conducta de salud. Deben valorar el dolor y el placer, riesgos y beneficios”⁽²⁾.

II. ASPECTOS QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA EN EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FISICA

“Los principales factores relacionados con la creciente presencia de enfermedades crónicas no transmisibles están asociados con patrones y hábitos de vida inadecuados, entre los que se pueden mencionar: el exceso en la alimentación, el desequilibrio en el aporte de energía y el tipo de grasas e hidratos de carbono, así como la baja ingesta de fibra y de algunos micronutrientes. Otros importantes factores asociados al estilo de vida son el hábito tabáquico, el excesivo consumo de alcohol, la falta de ejercicio físico, el sedentarismo y el estrés, que favorecen diversos grados de sobrepeso y obesidad y que contribuyen al desarrollo de otros padecimientos” (15,29).

A. EXPOSICIÓN A RIESGOS

A 1. TABAQUISMO

El tabaquismo es uno de los hábitos más nocivos para la salud, pero es uno de los más aceptados por nuestra sociedad y posiblemente esa sea la razón por la que los médicos no escapan de este hábito ^(23).

Cuando en un país se ha disminuido el número de fumadores habitualmente ha sido la profesión médica la que ha tomado la iniciativa ⁽³³⁾.

En los últimos 40 años en los países industrializados en donde se tiene un mayor conocimiento de los riesgos que produce fumar, el consumo de tabaco en el personal médico disminuyó dramáticamente pasando de niveles de consumo de 50% al 10%. De esa forma el Real Colegio Británico de Médicos reportó el alto grado de tabaquismo en los médicos generales durante la década de los 50, justo cuando se daban a conocer los primeros hallazgos

relativos a los daños que ocasionaba el fumar, lo que provocó una reacción positiva que consistió en asumir el rol de confianza, autoridad y motivación que debe tener el médico frente al paciente y la comunidad, originando que en la actualidad tenga la prevalencia más baja de consumo de tabaco, menos del

10%, a diferencia de otros países como Polonia y Argelia cuya cifra es del 70%⁽²⁵⁾.

Respecto a América Latina se dispone de datos referidos en el “Informe de la Cirujana General de los Estados Unidos” en relación a encuestas realizadas en siete países, en donde el porcentaje de fumadores entre los médicos varía del 17% al 49%⁽²⁵⁾.

Los médicos pueden desempeñar varias funciones críticas, como el de dar el ejemplo con la propia conducta, suministrar información, identificar y modificar los comportamientos de riesgo. En Norteamérica, en donde los médicos están comenzando a desempeñar esas funciones, la prevalencia del tabaquismo entre ellos ha disminuido a menos del 10%⁽²⁰⁾.

En su trabajo de Tesis, Sologaitoa (1998) encontró que los profesionales que egresan de la carrera de médico y cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ocuparon el segundo lugar en frecuencia del consumo de tabaco con un 38% del resto de los profesionales⁽⁴³⁾.

A 2. ALCOHOLISMO Y DROGADICCION

En el ejercicio de su profesión, el médico participa en el tratamiento y recuperación de los pacientes alcohólicos, pero es reconocido el hecho de que el médico mismo también es afectado por este problema, quien por estar relacionado directamente con el área de salud y por razones sociales tiende a negar que sufre problemas de alcoholismo. Estudios han determinado que existe alcoholismo en el gremio médico. Se ha referido que el médico general es el más afectado, seguido por los internistas y cirujanos^(7,23).

Dentro de la profesión médica, la posesión de un grado académico desafortunadamente no representa, ni es un pasaporte a la salud. Los

médicos tienen riesgo aumentado de ser alcohólicos y dependientes de drogas, suicidios y desalentación. Vicent, refiere que la mitad de los médicos alcohólicos desarrollarán adicción a otras drogas ⁽²³⁾. El abuso de drogas parece ser más frecuente en médicos que en otros profesionales, aunque tienen mejor pronóstico con tratamiento que otros toxicómanos de clase media ⁽²⁾.

En un estudio realizado en las ciudades de Arizona y Oregón de los Estados Unidos de Norte América en la década de los 80, el 3.2% y 2.3% de los médicos respectivamente, fueron acusados de alcoholismo ante los comités disciplinarios de la sociedad médica. Otro estudio demostró que una tercera parte del tiempo de hospitalización de médicos se debió al alcohol y al uso de drogas ⁽³⁾. En 1996 fueron encuestados 160 médicos de los Hospitales Nacionales de Antigua Guatemala, San Juan de Dios y Roosevelt, concluyéndose que el 64.37% de los mismos ingerían bebidas alcohólicas ⁽⁷⁾.

A.3 EXCESO DE VELOCIDAD AL CONDUCIR

Hay muchos factores de riesgo de lesiones según el estilo de vida, que son apropiados para su intervención con diversas técnicas de conducta. Las lesiones por violencia son la causa más importante de muerte prematura e incapacidad en países occidentales. Un tercio de la mortalidad total por lesiones se debe a choques de vehículos de motor. Los médicos juegan un papel importante en la asesoría de pacientes sobre factores del estilo de vida que previenen accidentes (evitar el alcohol en exceso, uso de cinturones de seguridad y establecer límites para conductores adolescentes). Además pueden contribuir a establecer medidas sociales relacionadas con los peligros para la salud, tales como: advertir sobre el manejo en estado de ebriedad ⁽²⁾.

Según el reglamento de tránsito de Guatemala publicado en 1998, en el capítulo 2, artículo 112, se estipula que la velocidad máxima en las autopistas

es de 90 km/h y para las vías rápidas y arterias principales es de 80 y de 60 km/h respectivamente, cuando se trata del área urbana. Este reglamento basado en el inciso e del artículo 183 de la Constitución de la República, debe ser respetado estrictamente por todos los conductores de vehículos, ya que es una norma aplicada para la prevención de accidentes ⁽⁴¹⁾.

B. HABITOS Y MEDIDAS DE PREVENCION EN SALUD

B 1. INMUNIZACIONES

“Los médicos tienen un índice pésimo de inmunizaciones contra enfermedades que pueden afectarlos o transmitir” ⁽²⁾.

En la Guía para la Inmunización del Adulto publicada por el Colegio Americano de Médicos recomienda para el personal del equipo de salud, las siguientes vacunas: Hepatitis B, influenza, rubeóla, sarampión, parotiditis, poliomielitis, tétanos y difteria ⁽²¹⁾.

B 1.1 VACUNA ANTITETANICA

En los lugares en donde existen planes eficaces de inmunización infantil, prácticamente todos los casos de tétanos se producen en personas mayores de 50 años. La administración de una dosis de refuerzo a los adolescentes inmunizados les confiere protección durante decenios. Sin embargo el tétanos sigue afectando a los adultos en el Reino Unido y en otros países. Actualmente todos los casos notificados en ese país corresponden a personas mayores de 50 años. En los Estados Unidos, de los 114 casos notificados entre 1989 y 1990, el 58% eran personas de 60 años o más ⁽²⁴⁾.

En un estudio realizado en la región de Marches, Italia acerca de la epidemiología del tétanos en el período de 1992 a 1995 se encontraron un total de 36 casos cuyas edades variaron de 31 a 88 años, con una media de 73.5 años. La incidencia entre sujetos mayores de 65 años fue aproximadamente 10 veces mayor con respecto a individuos jóvenes. Esto reveló la necesidad de programas de vacunación con toxoide tetánico para adultos ⁽³⁹⁾.

Todos los adultos deben haber completado una primera serie de inmunización con el toxoide tétanico con un esquema de 2 dosis con 4 semanas de intervalo y la tercera dosis de 6 a 12 meses después de la segunda. Debe administrarse una dosis de refuerzo si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis. Siendo útil establecer el cumpleaños de mitad de la década como el momento para aplicar la dosis de refuerzo (Por ejemplo a los 25 y 35 años) ^(1,2,21). Luarca Gil, en su documento del Programa Ampliado de Vacunación en Guatemala, menciona que los refuerzos deben aplicarse cada 5 años ⁽⁴⁷⁾.

B 1.2. VACUNA DE LA HEPATITIS B

La hepatitis B se considera la enfermedad ocupacional más frecuente dentro del personal que trabaja en el campo de la salud. La prevalencia aumenta con la edad, y es aún mayor en los médicos cirujanos ^(4,18).

La profilaxis contra la Hepatitis B previa a la exposición es importante en trabajadores sanitarios con riesgo de contacto con la sangre. La incidencia de nuevos casos de la enfermedad continúa aumentando en los Estados Unidos después de la introducción de las vacunas, menos del 10% de las personas incluidas en los grupos de riesgo han sido vacunadas realmente, y aproximadamente el 30% de las personas que desarrollan Hepatitis B esporádica no pertenecen a ningún grupo de alto riesgo. Por lo tanto en ese país se aconseja la vacunación universal en la infancia ⁽¹⁴⁾.

En Brasil realizaron un estudio para determinar la prevalencia de marcadores serológicos del virus de la hepatitis B en trabajadores de un hospital, encontrando una reacción positiva del 20.5% en al menos uno de los marcadores estudiados. Quienes presentaron las tasas más altas de reacción positiva fueron: laboratoristas 24%, enfermeras 23%, médicos 21% y personal de limpieza 18%. ⁽¹⁶⁾. Se realizó un estudio similar en el Hospital Roosevelt investigando a un total de 250 médicos y estudiantes de medicina, encontrando una seroprevalencia del 6% para exposición al HVB, a través de la determinación de anti-Hbc IgG. Del grupo en estudio únicamente el 20.8% estaba vacunado. El estudio evidencia el peligro al que está expuesto todo trabajador de salud de adquirir el virus, y recomienda la inmunización como requisito para continuar la práctica hospitalaria de todo estudiante de pre y postgrado ^(16,18).

La vacunación contra la hepatitis B requiere una serie de tres dosis (cada una de 0.1 mL, por vía intramuscular), administrándose la segunda dosis al mes y la tercera, a los 6 meses. Estudios de seguimiento durante 7 años de personas inmunizadas con la vacuna obtenida de plasma indican que en 30-50% de los casos los niveles de anticuerpos descienden a niveles bajos y pueden llegar a no ser detectables en 10-15%. La persistencia de los anticuerpos está relacionada directamente con el nivel máximo alcanzado después de la tercera dosis ^(2,4,21). Otros autores opinan que la duración de la protección es probable que sea alrededor de cinco años; sin existir recomendaciones firmes en cuanto a las dosis de refuerzo. ⁽²⁾.

Un estudio realizado por Cabrera en 1999, en estudiantes de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, reportó que únicamente el 49.7% de los estudiantes que realizan su práctica hospitalario tienen el esquema completo de vacunación para Hepatitis B. De la totalidad de los estudiantes con el esquema completo sólo el 47% presentó anticuerpos anti-HBs protectores, esto implica que de la población total de estudiantes en su práctica hospitalaria, solamente el 20.8% está realmente protegido de adquirir la enfermedad ⁽⁴⁾.

La inmunización por la Vacuna contra la Hepatitis B está siendo discutida porque existen evidencias de reacciones neurológicas severas secundarias por vacunación y otras complicaciones autoinmunes en adultos y niños previamente sanos ⁽²²⁾.

B 1.3. INFLUENZA, RUBEOLA, SARAMPION, PAROTIDITIS, DIFTERIA Y POLIOMIELITIS.

Se recomienda la inmunización anual contra la influenza para el personal del equipo de salud, la cual reduce la morbilidad y el ausentismo, durante los brotes de influenza en la comunidad ^(2,21).

La vacuna de la rubéola está indicada en adultos, en particular en mujeres en edad de procreación, sin antecedentes de la enfermedad, vacunación en el primer año de vida o después, o pruebas de inmunidad ⁽²⁾.

Todos los miembros del equipo de salud, de ambos sexos, que podrían transmitir la rubéola a pacientes embarazadas o a otros miembros del equipo de salud deben presentar evidencias de inmunidad o ser vacunados ^(2, 8,21,40).

Se aconseja la vacunación antisarampionosa en todas las personas que nacieron en 1957 o después, sin pruebas de inmunidad a esta enfermedad. Se considera que la mayoría de adultos se vacunó adecuadamente si recibió una dosis cuando cumplió un año de edad o después. Sin embargo algunos adultos con mayor riesgo (personal del cuidado de la salud en contacto directo con pacientes, estudiantes de secundaria, viajeros internacionales, etc) deben recibir una segunda dosis de la vacuna ^(2, 21). Si bien la parotiditis es menos contagiosa que el sarampión y la rubéola, la enfermedad puede ser transmitida en los servicios de salud cuando se produce un brote en la comunidad, por lo que quienes no tienen una historia de parotiditis o de vacunación contra esta enfermedad deben ser inmunizados preferentemente con MMR ^(2,21).

También se recomienda que el personal de salud en contacto estrecho con pacientes que puedan excretar el virus de polio deben estar inmunizados contra esta enfermedad. Las personas que carecen de certificado que acredite el cumplimiento de la primera serie de vacunación deben completarla con la vacuna antipolio inactivada de potencia incrementada ⁽²¹⁾.

Todos los adultos deben haber completado una primera serie de inmunización con el toxoide diftérico, debiendo administrarse las dosis de refuerzo cada diez años. El toxoide diftérico se administra junto con el toxoide tetánico en el esquema de adultos ^(2,21).

B 2. EJERCICIO FISICO

El ejercicio físico se define como una serie de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos realizados para mejorar ó mantener uno o más de los componentes del acondicionamiento físico ⁽⁴⁵⁾.

Existe cada vez más evidencia científica acerca de los beneficios de la actividad física para la salud del hombre. Al mismo tiempo se han comprobado los efectos negativos para la salud, que conllevan la vida sedentaria y la inactividad física. El ejercicio debe formar parte de un estilo de vida saludable a cualquier edad ya que actúa como factor protector del organismo,

especialmente en relación con las enfermedades cardiovasculares. Por ello se debe

de llevar una vida más activa que implique: moverse más, correr, trabajar físicamente gastando diariamente el mínimo obligatorio de energía programados por la naturaleza: pero lamentablemente uno de los principales instrumentos de trabajo en la vida del hombre moderno es "la silla" . Se han realizado estudios que indican que del 37 al 73% de los médicos no practica ejercicios vigorosos semanales ^(32,45) .

Expertos de la OMS recomiendan que los adultos deben realizar ejercicio como mínimo 20 minutos diarios y se considera como óptimo realizar 30 minutos al día. Respecto a la frecuencia se recomienda 5 veces por semana. Los ejercicios físicos recomendados son: caminata o marcha, trote, caminar, carrera, ciclismo, natación y gimnasia aeróbica ^(2,44) .

" Yo creo firmemente que el ejercicio aeróbico periódico
aumenta la longevidad, previene, retarda o aún modifica
y revierte el riesgo global de enfermedad cardiovascular".
Kenneth Cooper.

EFECTOS Y BENEFICIOS FISICOS DEL EJERCICIO	
EFEECTO	BENEFICIO

- | | |
|--|--|
| 1. Gasto extra de calorías | -Menos grasa corporal |
| 2. Más circulación colateral
mejor función
miocárdica | -Menor riesgo de
cardiopatía coronaria |
| 3. Mejor tono vascular, menos
liberación de catecolaminas | -Mejor control y menos
riesgo de Hipertensión |
| 4. Normaliza lípidos sanguíneos | -Menos riesgo de
enfermedad
arterioesclerotica |

5. Disminución de agregación plaquetaria	-Mejor circulación general y menos riesgo de trombosis
6. Mejor recambio de gases y Ventilación pulmonar	- Mejor oxigenación y función respiratoria
7. Más contracción muscular tendinosa, aumenta masa	-Mayor fuerza , resistencia y mejor tolerancia al esfuerzo muscular
8. Más movilidad y desplazamiento articular	-Mayor flexibilidad y agilidad, mejor postura
9. Aumenta y conserva la densidad ósea	-Disminuye el riesgo de osteoporosis
10. Mejora la tolerancia a los carbohidratos	-Mejor control de Diabetes.

"El cuerpo que se ejercita
no quiere fumar, bebe moderadamente,
duerme bien, guarda el peso correcto
y posee un fantástico nivel de energía"
George Sheehan ⁽⁴⁵⁾ .

B 3. NUTRICION

Se ha dicho que la alimentación y la salud caminan juntas, actualmente hay algunos cambios en el patrón habitual alimentario de las personas con el objeto de prevenir ciertas patologías como la hipertensión, la hipercolesterolemia y la obesidad. De las 10 principales causas de muerte hoy en día, cinco se atribuyen a una dieta no saludable ^(2,6) .

Una alimentación balanceada, actualmente llamada saludable, es aquella que hace posible al individuo el mantenimiento de un óptimo estado de salud, a la vez que le permite el ejercicio de las distintas actividades que conlleva cada tipo de trabajo. Este tipo de alimentación equilibrada o racional debe ser variada, agradable y suficiente, lo cual implica un aporte energético acorde con la demanda del organismo, con el objeto de conseguir un balance nulo, es decir, sin carencias ni excesos, así como un reparto de nutrientes adecuados a las necesidades del individuo ^(6,48).

Las encuestas nacionales que se han llevado a cabo en varios países durante los últimos años han incorporado diversos indicadores dietéticos, antropométricos y bioquímicos que permiten una mejor estimación de los problemas relacionados con la alimentación. Uno de los indicadores más empleados para medir el estado de nutrición en la población adulta, es el Índice de masa corporal (IMC), que se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado.

La clasificación y los puntos de corte más aceptados internacionalmente son:

- Delgadez : menor de 20 Kg / m².
- Normal: entre 20-24.99 Kg/ m².
- Sobrepeso: entre 25-29.99 Kg/ m².
- Obesidad: mayor de 30 Kg/ m²: ⁽²⁹⁾.

Las Recomendaciones del Surgeon General's Report on Nutrition and Health respecto a la dieta de la mayoría de las personas son las siguientes:

- a. Grasas y colesterol: reducir el consumo de grasas, especialmente la saturada y el colesterol. Elegir alimentos bajos en estas sustancias como, vegetales, frutas, alimentos de grano entero, pescado, pollo, carnes magras y productos lácteos con poca grasa. Utilizar los métodos de preparación de alimentos en los que se añade poca grasa o ninguna.
- b. Energía y control de peso: lograr y conservar un peso corporal aconsejable. Para llevarlo a cabo, elegir una dieta en la que la ingestión de energía (calórica) sea compatible con el gasto de energía. Para reducir la ingestión de energía, limitar el consumo de alimentos relativamente altos en calorías, grasas

y azúcares, y disminuir al mínimo el consumo de alcohol.

- c. Carbohidratos complejos y fibra: aumentar el consumo de alimentos y cereales de granos enteros, vegetales frutas.
- d. Sodio: reducir la ingestión de sodio eligiendo alimentos relativamente bajos en sodio y limitando la cantidad de sal que se añade en la preparación de los alimentos y en la mesa.
- e. Alcohol: reducir el riesgo de enfermedades crónicas, ingerir alcohol sólo con moderación (no más de dos bebidas diarias), si acaso ^(2, 29,30) .

Para determinar si se lleva una dieta adecuada o no, existe un test basado en el consumo de colesterol y azúcares refinados, que evalúa la frecuencia en el consumo de ciertos alimentos, atribuyendo una calificación.

INTERPRETACION DEL TEST

ALIMENTOS	NO	DIARIO	1-2/sem	MENSUAL	OCASIONAL
Comida Rápida	0	1	1	0	0
Crema	0	1	0	0	0
Huevos	0	1	0	0	0
Grasa Sólida	0	1	0	0	0
Chicharrones	0	1	0	0	0
Frituras	0	1	0	0	0
Frutas frescas	1	0	1	1	1
Vegetales frescos	1	0	1	1	1
Azúcar(> 10 cditas)	-	1	-	-	-
Aguas gaseosas	0	1	1	0	0
Golosinas Dulces	0	1	1	0	0
Golosinas Saladas	0	1	1	0	0

Con más de 6 puntos la dieta se considera inadecuada.

No atribuir más de un punto por alimento. Su valor en cualquiera de las frecuencias no le acumulará puntos e implica un solo riesgo ⁽⁹⁾.

B 4. AUTOEXAMEN DE LA MAMA Y MAMOGRAFIA

La incidencia y mortalidad por cáncer de mama en los últimos años ha sido más alto en Norteamérica y en el norte de Europa, de impacto intermedio en el sur de Europa y Latinoamérica y más baja en Asia y Africa. Se considera que una de cada nueve mujeres en E.U.A. sufrirá dicho cáncer en el transcurso de su vida. Se estima que cada año se presentan 572,100 casos en el mundo, con una frecuencia de 9% respecto al total de las neoplasias, y que la incidencia anual tiende a subir a un millón de nuevos casos para el año 2000 ⁽²⁷⁾.

El control de cáncer de mama se basa en la detección y el tratamiento precoz. La autopalpación mensual después de haber terminado el ciclo menstrual puede aportar una contribución importante al reconocimiento. Las

mujeres pueden detectar el 95% de los cánceres de mama, y el 65% de los cánceres iniciales mínimos de mama. De ésta manera se podría reducir en un 18% la mortalidad por cáncer de mama ⁽¹¹⁾.

Gershon y Cohen, en 1976 postularon la necesidad del uso de mamografía en países con altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama; dicho postulado es vigente en la actualidad, ya que este procedimiento es el único capaz de detectar el cáncer de mama no palpable. En la década de los setenta, la Health Insurance Plan of New York, mediante un ensayo clínico aleatorizado demostró una reducción del 30% de la mortalidad por esta patología en mujeres a quienes se les practicó mamografía y examen clínico de mama ⁽²⁷⁾.

La propuesta de la Sociedad Americana contra el Cáncer en la prevención secundaria de cáncer de mama, recomienda:

- El examen clínico de mama y la mamografía son métodos de detección básicos y complementarios.
- Las mujeres deben ser capacitadas para practicarse la autoexploración física de la mama.
- Todas las mujeres entre 40 y 50 años, deben efectuarse un examen físico anual y la mamografía cada dos años.
- Todas las mujeres mayores de 50 años deben efectuarse un examen físico y mamografía cada año ⁽²⁷⁾.

B 5. CITOLOGIA CERVICAL

El cáncer cervical constituye un grave problema de salud reproductiva en la mujer, especialmente en los países en desarrollo, en donde cada año se producen aproximadamente 190,000 casos de muerte por esta enfermedad. Ocupa el tercer lugar entre los cánceres más comunes del mundo, y es la principal causa de muerte en la población femenina de América Latina y del Caribe ^(34,42).

En los países desarrollados la incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino ha declinado en los últimos 20 años, y es atribuido a los programas de detección oportuna. Muchos autores creen que además el mejoramiento del estándar de vida y la salud pública en estos países contribuye

a la mayor supervivencia global y modifica también la supervivencia con cáncer cervicouterino ⁽⁴²⁾.

Esta neoplasia sigue siendo un riesgo importante para las mujeres en todo el mundo, a pesar de su declinación en países en donde se cuenta con programas de prevención bien organizados. La morbilidad del tratamiento y mortalidad por lesiones avanzadas son altos, lo cual es una situación frustrante porque el cuello uterino es accesible y se cuenta con una buena prueba de detección simple ⁽⁴²⁾.

El cáncer cervicouterino es, sin duda, sobre el que se ha podido ejercer mayor control gracias a la citología exfoliativa propuesta por Papanicolau y Traut en el año 1941 ⁽⁴²⁾.

El frotis del Papanicolau es un exámen bastante bien tolerado para las pacientes, fácil de realizar, relativamente barato y con sensibilidad y especificidad razonables. En 1988 hubo un consenso entre la American Cancer Society, el National Cancer Institute, el American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), la American Medical Association, la American Nurses Association, la American Academy of Family Physicians y la American Medical Women's Association, acerca del estudio con frotis de Papanicolau en los intervalos recomendados y todos estuvieron de acuerdo con realizar frotis anuales a todas la mujeres que han tenido o tienen actividad sexual y llegaron a los 18 años y en aquellas con actividad sexual independientemente de la edad ^(37, 42).

El grupo canadiense propone que se inicie la detección a los 18 años, con estudio anual hasta los 35 años y trianual hasta los 60 años y posteriormente cada 5 años ^(28, 37).

Algunos autores definen a la citología cervical no como una prueba para el cáncer, sino para el precáncer ⁽²⁸⁾.

B 6. ANTIGENO PROSTATICO

El cáncer de la próstata es una enfermedad de hombres de más de 40 años, constituyendo la neoplasia maligna más frecuentes y la tercera causa de muerte en mayores de 55 años. El antígeno prostático es una glucoproteína sérica sintetizada por las células epiteliales de la próstata humana, y de todos los marcadores tumorales que existen, el antígeno prostático es uno de los pocos marcadores organo-específico ⁽⁵⁾.

El Instituto Americano para la Investigación del Cáncer recomienda que todo hombre al iniciar los 50 años debe tener una prueba de Antígeno Prostático acompañado de un examen digital rectal ⁽⁴⁹⁾. Sin embargo la United States Preventive Services Task Force (USPSTF), No aconseja la determinación de las concentraciones de antígeno específico para próstata ni el tacto rectal en la detección del cáncer prostático ⁽²⁾.

B 7. CONSULTA AL ODONTOLOGO

La modificación del estilo de vida y la comprensión de los patrones de conducta arriesgada desempeñan una función importante en la prevención de una amplia gama de enfermedades y afecciones bucodentales ⁽³⁶⁾.

Se recomienda visitar al dentista por lo menos 2 veces al año para un chequeo dental rutinario. El mantenimiento preventivo de la salud bucal es la mejor manera de asegurar que los dientes y las encías duren toda la vida ⁽³⁸⁾.

Con medidas de higiene oral correctas y visitas regulares al odontólogo, la gran mayoría de pacientes con problemas periodontales pueden mantener sus dientes por muchos años ⁽³⁸⁾.

B 8. CONSULTA AL OFTALMOLOGO

Se recomienda que todas las personas deben acudir a realizarse un examen de rutina de la vista anualmente, para la detección temprana de problemas visuales, sin esperar a presentar molestias ^(10,31).

B 9. USO DE CINTURON DE SEGURIDAD

El uso de cinturones de seguridad por parte de los médicos es la buena costumbre de salud menos comprobada. Podría asumirse, por otros factores que se correlacionan con el uso del cinturón (como grado de educación, visitas regulares a dentistas y no fumar), que los médicos lo utilizan con mayor frecuencia que otros ⁽²⁾.

Según el capítulo 11, en el artículo 92 del reglamento de Tránsito de Guatemala obliga a usar cinturón de seguridad de dos o tres puntos de sujeción en los asientos delanteros, teniéndolos correctamente abrochados y tensados en todo vehículo de cuatro ruedas, con algunas excepciones a la regla como en el caso de: mujeres embarazadas, estatura inferior a 1.5 metros, razones médicas, vehículos de emergencia y otros ⁽⁴¹⁾.

VI. MATERIAL Y METODOS

METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo-transversal. Junio 2,000.

2. UNIDAD DE ANALISIS Y UNIVERSO DE ESTUDIO

El objeto de estudio fueron médicos y médicas colegiados de Guatemala.

3. POBLACION O MUESTRA DE ESTUDIO

Se tomó una muestra por conveniencia de 100 médicos y 100 médicas de la ciudad de Guatemala. La muestra se seleccionó por números aleatorios en base a la lista de médicos y médicas colegiados, proporcionada por el Colegio de Médicos y Cirujanos.

4. CRITERIOS DE INCLUSION

Estar colegiado
Residir en la ciudad capital

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONA LIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento en años cumplidos	Se preguntará el número de años cumplidos	Número de años	Numérica
Sexo	Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer	Se preguntará el sexo	Masculino Femenino	Nominal
Especialidad	Estudio de post -grado para obtener el título en una rama especializada de la medicina	Se preguntará cuál es su especialidad	Tipo de especialidad	Nominal
Peso	Medida de la masa corporal en libras	Se preguntará el peso estimado en libras	Número de libras	Numérica
Talla	Medida de la longitud corporal en centímetros	Se preguntará la talla estimada en centímetros	Número de centímetros	Numérica
Indice de masa corporal	Indicador antropométrico que mide el estado nutricional del adulto basado en el peso y la talla	Se determinará el índice de masa corporal, posterior a la conversión del peso expresado en libras a kilogramos.	IMC= Kilos/Talla ²	Numérica

Ingestión de alcohol	Consumo de bebidas que contengan etanol	Se preguntará si ha consumido bebidas alcohólicas	SI/ NO	Nominal
		Si la respuesta es afirmativa se preguntará la frecuencia	Diariamente Fin de semana Mensual Ocasional	Nominal
		También se preguntará cuando fue la última vez que consumió en días	Número de días	Numérica
Consumo de tabaco	Se refiere al acto de fumar cigarrillo	Se preguntará si ha fumado cigarrillo	SI / NO	Nominal
		Si la respuesta es afirmativa se preguntará la cantidad de consumo por día	Número de cigarrillos	Numérica
		También se preguntará cuando fue la última vez que consumió en días	Número de días	Numérica

Consumo de drogas	Se refiere al acto de consumir drogas	Se preguntará si ha consumido drogas.	SI / NO	Nominal
		Si la respuesta es afirmativa se preguntará que tipo de drogas	Cocaína Marihuana Crack	Nominal
		También se preguntará frecuencia y cuando fue la última vez que consumió drogas en días	Diario Semanal Mensual Ocasional	Nominal
			Número de días	Numérica
Exceso de velocidad al conducir	Manejo de vehículo automotor a una velocidad que exceda a la estipulada por el reglamento de tránsito	Se preguntará a qué velocidad conduce la mayoría de veces	Km/hr	Numérica
Inmunizaciones	Inmunización con el esquema completo de las vacunas recomendadas para el personal de salud	Se preguntará si le han administrado el esquema completo de vacunación para: Hepatitis B, Tétanos, Difteria, Rubeola, Sarampión, Influenza , Parotiditis y Poliomiелitis.	Esquema de vacunación completo administrado	Nominal
Ejercicio físico	Movimientos del cuerpo planificados, estructurados y repetitivos mediante un	Se preguntará si realiza algún tipo de ejercicio.	SI / NO	Nominal
		Si la respuesta	Caminata	Nominal

	plan sistemático y la realización de actividad física que implique gasto de energía para mejorar la salud	es afirmativa se preguntará el tipo de ejercicio Se preguntará el tiempo de ejercicio diario y la frecuencia semanal	Carrera Ciclismo Natación Gimnasia Número de minutos Número de veces por semana	Numérica
Nutrición	Conjunto de procesos que participan en la ingestión de nutrientes, asimilación y utilización de los mismos	Se preguntará la frecuencia en el consumo de ciertos alimentos de acuerdo a un test basado en colesterol y azúcares refinados	Adecuada(<menor de 6 puntos) Inadecuada (≥6 puntos)	Nominal
Autoexamen de la mama	Técnica personal de palpación mensual de las mamas para la detección de cáncer	Se preguntará si se realiza el autoexamen de la mama mensualmente	SI / NO	Nominal
Mamografía	Técnica de imagen radiológica para la detección de cáncer de mama	Se preguntará se alguna vez se ha realizado la mamografía Si la respuesta es afirmativa, se preguntará el tiempo transcurrido desde la última mamografía, en meses	SI/NO Número de meses	Nominal Numérica
Citología cervical	Realización periódica del raspado cervical para	Se preguntará si se realiza el examen de citología	SI / NO	Nominal

	la detección de cáncer de cuello uterino	cervical. Si la respuesta es afirmativa se preguntará el tiempo transcurrido desde el último examen en meses	Número de meses	Numérica
Antígeno prostático Específico (PSA)	Prueba de laboratorio llamado marcador tumoral que se utiliza para la detección de cáncer de próstata en varón mayor de 50 años	Se le preguntará si se ha realizado la prueba de PSA Si la respuesta es afirmativa, se preguntará el tiempo transcurrido desde el último examen en meses	SI / NO Número de meses	Nominal Numérica
Consulta al odontólogo	Consulta al odontólogo periódica-mente	Se preguntará si visita al odontólogo. Si la respuesta es afirmativa, se preguntará cuando fue la última vez que acudió al odontólogo en meses.	SI / NO Número en meses	Nominal Numérica
Consulta al oftalmólogo	Consulta al oftalmólogo periódica-mente	Se preguntará si acude al oftalmólogo. Si la respuesta es afirmativa se preguntará cuando fue la última vez que acudió al oftalmólogo en meses. consulta al oftalmólogo	SI / NO Número en meses	Nominal Numérica

Uso de cinturón de seguridad	Utilización de cinturón de seguridad al ir dentro de un automóvil en marcha	Se preguntará si utiliza el cinturón de seguridad al ir dentro de un automóvil	Siempre A veces Nunca	Nominal
------------------------------	---	--	-----------------------------	---------

6. INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y MEDICION DE LAS VARIABLES O DATOS

Se elaboró una boleta de recolección de datos con base a los objetivos y las variables del estudio, la cual fue validada previamente con estudiantes pendientes de Tesis.

La boleta consta de las siguientes secciones: I. Datos Generales, II. Hábitos y Medidas de Prevención, III. Preguntas sólo para médicas y IV. Preguntas sólo para médicos. En cada una de ellas se realizan preguntas sencillas de respuesta simple y otras de selección múltiple.

Después se procedió a la recolección de los datos, con la boleta validada.

7. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Para la selección de la muestra se utilizó la lista de números aleatorios del programa EPI Info, Versión 6.1. Se seleccionó a los participantes de acuerdo a la lista por sexo de los médicos que residen en la ciudad capital, proporcionada por el Colegio de Médicos y Cirujanos.

Con la muestra seleccionada se ubicaron las direcciones de los profesionales por medio del directorio médico del Colegio de Médicos y con la ayuda de la guía telefónica, se solicitó una cita para fijar la fecha en la que los médicos pudieran atender a la investigadora.

Se visitaron hospitales, clínicas privadas, y residencias para aplicar la boleta de recolección de datos a los médicos. El día de la visita, se explicó el motivo del estudio y con su consentimiento se hizo entrega de la boleta junto con un sobre en blanco en el que se depositó la boleta ya contestada, el cual fue cerrado por el encuestado explicándole que sería abierto hasta cuando se tuviera el total de la información, la cual fue confidencial y anónima. Algunos médicos respondieron además de escribir en las boletas de forma verbal e hicieron comentarios sobre varios aspectos para ampliar sus respuestas.

8. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO

La presentación de los resultados se realizó analizando los datos recopilados en las boletas de recolección de datos con la ayuda de cuadros y utilizando estadística descriptiva, como porcentaje, índice de masa corporal, y tasas de inmunización.

B. RECURSOS

ECONOMICOS

Material de escritorio	Q. 400.00
Fotocopias	Q. 300.00
Transporte	Q. 500.00
Impresión	<u>Q.1500.00</u>
	Q. 2,700.00

FISICOS

Bibliotecas (Facultad de Ciencias Médicas y de Farmacia USAC, OPS, Centro de Investigaciones del Hospital General San Juan de Dios).

Material de escritorio

Computadora con impresora

Programa Microsoft Word

Boleta de recolección de datos

HUMANOS

Médicos en estudio

Médicos colaboradores

Personal de bibliotecas

Asesor

Revisor

Investigador

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Distribución por edad y sexo de 200 médicos colegiados entrevistados que residen en la ciudad capital, junio del 2,000.

EDAD EN AÑOS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
25-35	49	32	81	40.5
36-45	34	33	67	33.5
46-55	15	22	37	18.5
56-65	2	9	11	5.5
66-75	0	3	3	1.5
76-85	0	1	1	0.5
TOTAL	100	100	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 2

Frecuencia de consumo de tabaco, de los 200 médicos entrevistados según sexo, junio del 2,000.

OCASIONAL	F	%	M	%	TOTAL	%
Diario	6	6	10	10	16	8
Semanal	0	0	3	3	3	1.5
Mensual	0	0	1	1	1	0.5
Ocasional	6	6	9	9	15	7.5
No Consume	88	88	77	77	165	82.5
TOTAL	100	100	100	100	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 3

Consumo de bebidas alcohólicas según sexo de 200 médicos entrevistados, junio del 2,000.

CONSUMO	F	%	M	%	TOTAL	%
Diario	0	0	1	1	1	0.5
Semanal	1	1	19	19	20	10
Mensual	1	1	5	5	6	3
Ocasional	50	50	61	61	111	55.5
No Consume	48	48	14	14	62	31
TOTAL	100	100	100	100	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 4

Consumo de drogas tipo marihuana, cocaína crack y LSD de los 200 médicos entrevistados según sexo, junio del 2,000.

DROGAS	F	%	M	%	TOTAL	%
Ha consumido	1	1	2	2	3	1.5
No ha consumido	99	99	98	98	197	98.5
Consume	0	0	0	0	0	0
TOTAL	100	100	100	100	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 5

Conocimiento de la velocidad al conducir en automóvil según lo estipulado por el reglamento de tránsito, de los 200 médicos entrevistados según sexo, junio del 2,000.

CONOCE LA VELOCIDAD	F	%	M	%	TOTAL	%
SI	75	75	79	79	154	77
NO	22	22	18	18	40	20
No respondió	3	3	3	3	6	3
TOTAL	100	100	100	100	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 6

Uso de cinturón de seguridad al ir dentro de un automóvil de los 200 médicos entrevistados según sexo, junio del 2,000.

USO DE CINTURON	F	%	M	%	TOTAL	%
Siempre	91	91	92	92	183	91.5
A veces	7	7	7	7	14	7.0
Nunca	0	0	1	1	1	0.5
No respondió	2	2	0	0	2	1
TOTAL	100	100	100	100	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 7

Tasas de Vacunación de los 200 médicos entrevistados , respecto al esquema completo de vacunación para el personal de salud, junio del 2,000.

VACUNAS	ESQUEMA COMPLETO	%	REFUERZO	%
Hepatitis B	149	74.4	68	34
Toxoide T.	121	60.5	71	35.5
Toxoide D.	44	22.0	6	3.0
* Rubéola	36	18.0	0	0.0
Influenza	16	8.0	2	1.0
* Sarampión	57	28.5	2	1.0
* Parotiditis	21	10.5	0	0.0
*Poliomielitis	61	30.5	6	3.0

* No requiere refuerzo

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 8

Tipo de ejercicio realizado por los 200 médicos entrevistados, según sexo, junio del 2,000.

TIPO DE EJERCICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAMINATA	48	24
CARRERA	16	8
CICLISMO	6	3
GIMNASIA	22	11
NATACIÓN	6	3
OTROS	22	11
NO REALIZA	80	40
TOTAL	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 9

Tipo de Dieta de los 200 médicos entrevistados según sexo, junio del 2,000.

CLASIFICACION	F	%	M	%	TOTAL	%
Adecuada	83	83	78	78	161	80.5
Inadecuada	10	10	20	20	30	15
No Respondió	7	7	2	2	9	4.5
TOTAL	100	100	100	100	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 10

Estado nutricional basado en el Indice de Masa Corporal (IMC) de los 200 médicos entrevistados según sexo, junio del 2,000.

IMC	CLASIFICACION	F	%	M	%	TOTAL	%
<19.99	Delgado	5	5	1	1	6	3
20-24.99	Normal	29	29	45	45	104	52
25-29.99	Sobrepeso	27	27	41	41	68	34
>30	Obeso	8	8	12	12	20	10
No respondió		1	1	1	1	2	1
TOTAL		100	100	100	100	200	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 11

Visita periódica a Especialistas de los 200 médicos entrevistados según sexo,
junio del 2,000.

VISITA AL ODONTÓLOGO	%Femenino	% Masculino
NO	21	25
SI	79	75
TOTAL	100	100
VISITA AL OFTALMOLOGO	% Femenino	% Masculino
NO	47	48
SI	53	52
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 12

Autoexamen de la mama en 100 médicas entrevistadas de la ciudad capital,
junio del 2,000.

AUTOEXAMEN PERIODICO	TOTAL	PORCENTAJE
NO	47	47
SI	53	53
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 13

Mamografía en 35 médicas entrevistadas mayores de 40 años de edad, junio del 2,000.

MAMOGRAFÍA	TOTAL	PORCENTAJE
Se ha realizado alguna vez	21	60
No se ha realizado	14	40
TOTAL	35	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 14

Citología cervical periódica de las 100 médicas entrevistadas, junio del 2,000.

CITOLOGIA CERVICAL	TOTAL	PORCENTAJE
NO	10	10
SI	67	67
Nunca se lo ha realizado	23	23
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 15

Antígeno Prostático Específico en 23 médicos entrevistados mayores de 50 años de edad, junio del 2,000.

ANTIGENO PROSTATICO	TOTAL	PORCENTAJE
Se lo ha realizado	12	52.17
No se lo ha realizado	11	47.83
TOTAL	23	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 16

Exámen digital rectal para la detección de cáncer prostático en 23 médicos entrevistados mayores de 50 años de edad, junio del 2,000.

EXAMEN DIGITAL RECTAL	TOTAL	PORCENTAJE
Se lo ha realizado	6	26
No se lo ha realizado	17	74
TOTAL	23	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El intervalo de edad de los médicos del estudio fue de 25 a 84 años, con una media de 39 años, siendo la población menor de 40 años el 59.5%. Como se observa en el cuadro No. 1 el intervalo de edad de 25-35 es el mayor grupo con 40.5%. En el estudio participaron médicos y médicas que reunieron un total de 34 diferentes especialidades, subespecialidades y médicos generales.

El peso en libras varió entre 100-200 para las mujeres, y de 118-240 para los hombres. La talla varió de 1.43-1.94 metros para los hombres y de 1.47-1.70 para las mujeres. Ambas medidas antropométricas no fueron tomadas objetivamente sino que se obtuvieron de las respuestas de la boleta por lo que representan datos estimados y no cifras exactas que hayan sido sometidas a un instrumento de medición, las cuales fueron de utilidad para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) y determinar el estado nutricional de los médicos. El IMC fue obtenido de dividir el peso en kilogramos entre el talla en metros al cuadrado. En el cuadro No. 10 se agruparon a los médicos de acuerdo a la clasificación de su estado nutricional. Los clasificados con estado nutricional inadecuado fueron el 47%. El 44% de los médicos fueron catalogados entre sobrepeso y obesidad, dato similar a lo reportado en un estudio realizado en 1988 en un grupo de 365 profesionales egresados de la USAC. Es interesante resaltar el hecho de que el 10% del total de los médicos en este estudio fueron catalogados como Obesos, que a pesar de que es un dato menor al 31% comparado a otro estudio realizado en 1998 también en profesionales egresados de la USAC, sigue siendo ésta una cifra de impacto por la morbilidad que dicha clasificación representa.

Entre los médicos clasificados con Sobrepeso y Obesidad de acuerdo a su especialidad, predominaron: salubristas, anestesiólogos, cirujanos, internistas y médicos generales.

Del total de médicos, el 35% admitió haber fumado alguna vez en su vida, de los cuales el 60.76% son hombres. Los profesionales que actualmente fuman son 35, que equivale al 17.55% de total, de ellos sigue predominando el sexo masculino con el 65.7%.

Respecto a la frecuencia en el consumo tal y como se observa en el cuadro No. 2, el mayor porcentaje fuma a diario, seguido de quienes lo hacen de forma ocasional, luego semanal y solamente un médico fuma mensualmente. Se encontró que existe mayor asociación entre consumo de tabaco y ser hombre, (OR de 3.61 con límites de confianza 1.85-7.11 y p 0.000026).

Esto refleja el hecho de que a pesar de que los médicos conocen lo que se ha demostrado en contra del tabaco, aún así fuman, y aunque en este estudio se encontró que menos del 20% del total de los profesionales son consumidores actualmente, es una cifra significativa porque lo convierte en un hábito difícil de combatir cuando los encargados de orientar a la población acerca de su abandono, la promoción y conservación de la salud, mantienen una actitud opuesta y prefieren exponerse a los riesgos de enfisema, cáncer o infarto al miocardio, antes que dejar de fumar.

El 69.5% de total de los médicos participantes reconoció haber ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. Siendo los hombres la mayoría con un 61.86%. Los médicos que ingieren alcohol actualmente son 138 que corresponden al 69% del total de los entrevistados, cifra que rebasa a lo reportado en algunos estudios nacionales en los cuales el consumo ha oscilado de 58-64%. En el cuadro No. 3 se observa que sólo un médico reconoció hacerlo a diario (0.5%) y la mayoría que corresponde al 55.5% lo hace ocasionalmente. Existe asociación entre consumo de bebidas alcohólicas y ser hombre, con un valor de (OR de 5.87 con límites de confianza 2.74-12.72 y p 0.00000013).

Respecto al consumo de drogas, 2 de los médicos y 1 de las médicas de un total de 200 profesionales admitió haber consumido algún tipo de droga como marihuana, cocaína, crack y LSD, que corresponden al 1.5%, pero nadie lo hace actualmente como se aprecia en el cuadro No.4. A pesar de que solamente 3 médicos han consumido drogas, se esperaría que ningún profesional de la salud hubiese estado expuesto a estas sustancias, aunque

se debe aclarar que no especificaron en que etapa de su vida tuvieron contacto con las mismas, por lo que no se puede establecer si el consumo fue dentro de la profesión médica. En relación a otro tipo de drogas, 2 médicos refirieron consumir fármacos psicotrópicos; uno consume clobazam 5mg a diario y otro bromazepan 3mg de forma ocasional. Un médico refirió consumir anestésicos inhalados ocasionalmente.

En relación al conocimiento que tienen los médicos sobre la velocidad a la que se debe conducir en el área urbana según lo estipulado por el reglamento de tránsito, en el cuadro No. 5 observamos que el 20% del total de los participantes reconoció que lo desconocen, cifra que es significativa porque implica un riesgo de sufrir o provocar accidentes al conducir. Aunque la mayoría de los profesionales refirieron conducir a velocidades entre 20-85 Km/h, cuyo límite máximo se encuentra entre lo aceptable de acuerdo al reglamento de tránsito, el cual permite velocidades hasta de 90 Km/h en el área urbana, no obstante el límite inferior es cuestionado ya que las velocidades muy bajas también representan un peligro, a excepción de que exista congestionamiento en el tráfico, también es importante tener en cuenta que no se especificó si se trataba de autopistas, vías rápidas y arterias principales en las cuales está estipulada la velocidad máxima para cada una de ellas, la cual debe ser de 90, 80 y 60 Km/h respectivamente. Solamente 2 médicos que equivale al 1% reconocieron manejar entre 100-130 Km/h dentro de la ciudad. En el cuadro No.6 que muestra el uso de cinturón de seguridad, se puede observar que el 91.5% de los médicos afirmaron que **siempre** utilizan el cinturón de seguridad al ir dentro de un vehículo, el 7% lo utilizan **a veces** y solamente 1 médico reconoció que **nunca lo utiliza**. Como se reporta en la literatura esta es la buena costumbre de salud menos comprobada,

en este estudio se evidencia que la mayoría de médicos utiliza el cinturón de seguridad al ir dentro de un vehículo, aunque se debe considerar que su uso actualmente es de carácter obligatorio por la multa impuesta por la autoridades del Departamento de Tránsito, por lo que no es posible asegurar si los médicos lo utilizan para protegerse o si lo hacen para evitar la sanción. Algunos profesionales comentaron al momento de llenar la boleta, que utilizan el cinturón de seguridad para evitar ser multados.

En lo que respecta a la Vacunación para el personal de salud, sólo el 17.12% de los médicos han recibido el esquema completo del total de las vacunas. Se puede apreciar en el cuadro No. 7 que en ninguna vacuna se cubre totalmente el esquema completo ni sus refuerzos. Estos datos confirman la pobre aceptación de las vacunas por parte del personal de salud reportada en la literatura ^(2, 21). Aunque también se debe mencionar que en Guatemala el Ministerio de Salud Pública no contempla un programa de vacunación para adultos, o un esquema que recomiende o proporcione la vacunación a profesionales de la salud; a excepción de la vacuna de la Hepatitis B, a la cual se le ha dado mayor difusión por lo que se observa que ha tenido aceptación en el grupo de médicos. Por lo anterior podría concluirse que los médicos que se vacunan lo hacen por interés personal, por riesgo laboral (al estar expuestos constantemente a fluidos corporales), u otras causas. También debe mencionarse que no se preguntó si padece o padeció las enfermedades y esa sea la causa principal por la que no se vacunan, ya que estando inmunizados naturalmente no lo necesitan.

El 60% de los médicos reconocieron que realizan ejercicio, pero de ese grupo solamente el 35.1% lo hace en forma periódica según lo recomendado por la OMS (> 5 veces por semana); de ellos sólo el 76.8% lo hace de forma óptima (> 30 minutos diarios). De los diferentes tipos de ejercicio la mayoría de los médicos realizan la caminata (40%). (Cuadro No.8). De los profesionales catalogados entre Sobrepeso y Obesidad, el 41.56% no realizan ejercicio. Estos datos coinciden de alguna manera con los estudios que indican que del 37 al 73% de los estudiantes de medicina y médicos, no practican ejercicios vigorosos semanales y se encuentran mal acondicionados físicamente.

El 15% de los médicos llevan una dieta inadecuada de acuerdo al test basado en la frecuencia en el consumo de colesterol y azúcares refinados, de ellos el 66% son hombres (Cuadro no.9). Lo cual implica estar en riesgo de presentar patologías como: hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad entre otras. Además de que se espera que el total de los médicos consuma una alimentación balanceada que le permita mantener un óptimo estado de salud.

Respecto a la visita al Odontólogo, el 83.5% del total de los profesionales refieren que lo hacen y de ellos el 77% lo visitan de forma periódica. La visita al Oftalmólogo la realizan el 64.5% y de ellos el 52.5% lo realiza

periódicamente.(Cuadro 11). Se debe aclarar que no se preguntó acerca del padecimiento de enfermedades dentales o del uso de lentes a cuyas causas se podría atribuir la consulta a especialistas, por lo que no se puede establecer si la visita periódica es únicamente profiláctica.

De las médicas participantes en el estudio, el 83.8% afirma que se realiza el autoexamen de la mama. De ellas sólo el 53% lo realiza mensualmente. (cuadro No. 12). Dato que preocupa ya que aproximadamente sólo la mitad de las médicas se realizan periódicamente la autopalpación, siendo ésta una prueba de

detección simple de cáncer de mama, que puede reducir hasta en un 18% la mortalidad por esta enfermedad ⁽¹¹⁾ y las encargadas de promover la prueba no lo practican. De las 35 médicas mayores de 40 años (edad de inicio de la prueba), el 60% (21) afirma haberse realizado la mamografía alguna vez (cuadro No. 13) y el 45.7% de las mismas se realizó la última mamografía en los últimos 12 meses, (frecuencia propuesta por la Sociedad Americana contra el Cáncer) ⁽²⁷⁾. Del 77% de las médicas que se realizan la citología cervical, el 87% de ellas se la realiza de forma periódica. (cuadro No. 14). Quedando un 13% sin realizarse periódicamente una prueba de detección temprana de cáncer, de cérvix, tan importante por el alto riesgo de mortalidad que representa en países como el nuestro ^(34,42).

Aunque notamos que existe un 22.3% de mujeres que nunca se ha realizado el examen, se debe aclarar que no se preguntó acerca del estado civil o actividad sexual, por lo que no puede concluirse acerca del porqué no se realiza dicha prueba. Pero es interesante que el 78% de quienes nunca se lo han realizado son mujeres menores de 35 años.

De 23 médicos mayores de 50 años, el 52.17% (12) admitió que se ha realizado el examen serológico de Antígeno Prostático Específico (PSA) (cuadro No.15) y el 75% de los mismos se realizó el último examen en los pasados 12 meses (frecuencia recomendada por el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer) ⁽⁴⁹⁾. Solamente el 26% de los médicos mayores de 50 años se ha realizado el examen digital rectal para la detección de cáncer prostático. También se debe aclarar que no se preguntó si padecen alguna patología de la próstata que explique la realización del PSA y el tacto rectal,

por lo no se puede establecer si quienes se practican dichas pruebas lo hacen como medida preventiva o porque se ven en la necesidad de ello.

Los médicos deben participar activamente en la vigilancia periódica de su salud, especialmente en aspectos preventivos en relación a su edad y sexo. Tomando en cuenta que el estado físico del individuo repercute en otras áreas de su estado general.

IX. CONCLUSIONES

1. El Sobrepeso y la Obesidad caracterizan a más del 40% de los médicos entrevistados siendo las especialidades más afectadas los médicos salubristas, anesthesiólogos, cirujanos, internistas y médicos generales.
2. El consumo de tabaco y alcohol son prácticas de riesgo presentes en los médicos entrevistados. Quienes admiten fumar actualmente, la mayoría lo hace a diario. El 1.5 % de los médicos refirieron haber consumido algún tipo de droga como cocaína, crack y LSD alguna vez en su vida, pero nadie lo hace actualmente.
3. La aceptación de las vacunas por parte de los médicos en el presente estudio es pobre ya que menos del 20% se ha administrado el esquema completo de vacunación para el personal de salud recomendado por el Colegio Americano de Médicos.
4. Cerca de la mitad de los médicos no realizan ejercicio y de quienes lo hacen solamente la tercera parte lo realiza de forma periódica según lo recomendado por la OMS.
5. El autoexamen de la mama y la citología cervical periódica son prácticas preventivas poco integradas en la vigilancia de la salud de las médicas.
6. De los médicos mayores de 50 años sólo el 52% se ha realizado el Antígeno Prostático Específico y menos del 25%, el tacto digital rectal para la detección de cáncer de próstata.

X. RECOMENDACIONES

1. Fomentar desde los primeros años de la carrera de Médico y Cirujano, el autocuidado de la salud del profesional de la medicina por la importancia del bienestar propio así como por la figura de salud que simboliza el médico para la población.
2. Continuar realizando estudios de este tipo ya que no existen suficientes datos que demuestren la participación del médico en la promoción y conservación de su salud.
3. Realizar cursos, conferencias y foros en los cuales se trate acerca de la salud del médico y no únicamente sobre el papel del médico con su paciente.

XI. RESUMEN

El presente estudio se llevó a cabo en 100 médicos y 100 médicas colegiados que residen en la ciudad capital, con el objeto de caracterizar la participación del médico en el autocuidado de la salud. Los médicos fueron seleccionados al azar y la información fue obtenida por medio de una boleta de recolección de datos anónima (ver anexo), en la que se preguntó datos generales, hábitos y medidas de prevención. El estudio se llevó a cabo en la ciudad capital en el mes de junio del presente año.

Los médicos que participaron en el estudio fueron en su mayoría profesionales jóvenes. Los resultados obtenidos varían considerablemente de acuerdo a cada variable ya que en algunos aspectos los médicos cuidan mucho de su salud y por el contrario en otros son descuidados exponiéndose a factores de riesgo, no realizándose exámenes de rutina para la detección oportuna de enfermedades que pueden ser prevenidas. En ninguno de los aspectos que se evaluaron, los profesionales evidencian tener el 100% del autocuidado de la salud.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Benenson A. Manual para el control de enfermedades transmisibles en el hombre. 16 Edición. OPS 1997. 541 p.
2. Bennet C. y Plum F. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 20 ed. México. 1996.
3. Bowden, Ch. y Burstein A. Adaptación al papel del médico. En: Bases Psicosociales de la Atención Médica. México: Limusa 1990. (357-365).
4. Cabrera, Luz María. Respuesta inmunológica a la vacuna de la Hepatitis B. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1999, 54 p.
5. Castañeda, Juan Carlos. Relación entre tacto rectal, antígeno prostático específico y estudio anatomopatológico para el diagnóstico de tumores prostáticos. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1998, 64 p.
6. Cervera L. et al. Alimentación equilibrada del adulto. En: Alimentación y Dietoterapia. Madrid. 2da Edición. 1993. Mac- Graw-Hill. (109-126)
7. Chanchavac, Alvaro David. Determinación de la prevalencia de alcoholismo en profesionales de la medicina a través del Mast- Test Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1996, 41 p.
8. Cohen, et al. Infecciones profesionales. En: Medicina Laboral. 5ª. Ed. México, D.F.: Manual Moderno, 1993. (pp. 215-231)
9. Consulta a Especialista: Nutricionista. Víctor Alfonso. Hospital General San Juan de Dios. Guatemala. 2000.

10. Consulta a Especialista: Oftalmólogo. Amaya W. Guatemala. 2000.
11. Devi, R. et al. Un manual eficaz sobre el autoexamen de la mama. Foro Mundial de la Salud. 1998, 19(4):397-405.
12. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Vol 2. México. 8ava. edición.1986.
13. Fathalla M. Salud Reproductiva en el mundo. OMS. 1992.
14. Fauci. A. et al. Principios de Medicina Interna. Vol1. 14 edición. España, 1998. Mac-Graw-Hill.
15. Fedotov I. La promoción de la salud en el medio laboral. Foro Mundial de la Salud. 1998. vol. 19: 399-405.
16. Fernández, J. et al. Prevalence of serologic markers of the hepatitis B in hospital personel . Journal Public Health .1999; 33(2):122-128.
17. García H. Los derechos humanos del médico. Rev Gac Méd Mex 1995 mar-abr, 131(2):245-250.
18. Gharzouzi B. et al. Hepatitis B como riesgo ocupacional en médicos y estudiantes de medicina. Rev Col Med 1995 oct-dic, 5 (1):21-29.
19. Girón, Arturo. Evaluación de la capacidad física y adaptación Cardiovascular al esfuerzo por medio de la grada de Harvard. Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1999, 45 p.
- 20 . Grossman D. et al. Tabaquismo: actitudes de los médicos de Costa Rica y oportunidades de intervención. Boletín OMS Rev. Interamericana de Salud Pública 1999. Recopilación de artículos No. 1.

21. Guía para la Inmunización del adulto. Inmunizaciones para adultos sanos. Colegio Americano de Médicos. Segunda edición. Editorial Medica Panamericana. Argentina, 1990.
22. Hepatitis B vaccine: The untold story.
<http://www.909shot.com/hepbnlr.h>
23. Hernández Si, Jesen Avishai. Perfil de salud del médico que opta al programa de especialidades clínicas. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1994.
24. Karalliedde, L. et al. Un asunto pendiente: la inmunización de los adultos contra el tétanos. Foro Mundial de la Salud, 1995. 16(4):427-429.
25. Labrandero, M. et al. Consumo de tabaco entre médicos y enfermeras. Rev Med IMSS 1995 ene-feb; 33(1):55-60.
26. Last P. Y Rush A. Consultorio Médico de la Mujer. Edit. Planeta España 1990.
27. Lazcano, E. et al. Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico presente y futuro Rev. Salud Pública de México 1996. mar- abr; 38(2):139-151.
28. MacGregor C. et al. ¿Existe en verdad la prevención de los Cánceres? Gac Méd Méx. 1995 sept-dic; 131(5-6):553-569.
29. Madrigal H. et al. Percepción de la imagen corporal como aproximación Cualitativa al estado de nutrición. RevSalud Pública de México. 1999. nov-dic, 41 (6): 479-486.
30. Mahan K. et al. Nutrición y Dietoterapia. México. 1995 8av. Edición Interamericana Mac-Graw-Hill.

31. Manual de Oftalmología. Serie Paltex No. 11. OPS. OMS. Editorial Salvat. 1988.
32. Martínez E. La actividad física en el ámbito de la salud pública. Rev Fac Nacional de Salud Pública Vol.15(2) jun.1998. 140-148.
33. Morales Andrade, Danilo Oliverio. Posibles factores de riesgo conocimiento sobre prevención de enfermedad cardiovascular de tipo degenerativo en grupo de profesionales. Tesis (Médico y Cirujano) -Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala,1998.
34. Navarrete M. Interpretación de citologías anormales. Obstetricia y Ginecología del Próximo Milenio. Memorias Del XVI Congreso Latinoamericano de Obstericia y Ginecología Noviembre 1,999.
35. Navarro, L. Concepto actual de la Salud Pública. Salud Pública Capítulo 3. España: Mac Graw Hill Interamericana. 1997.
36. OMS. Avances recientes en Salud Bucodental. Informe del Comité de expertos de la OMS. Ginebra 3-9 de diciembre.1991.
37. OMS. Prevención del Cáncer Cervical en las Comunidades de Escasos Recursos. Out Look. 1998. 16(1) 1-8.
38. Prevención e Higiene Dental.
<http://www.cyberweb.es/casusce//cuidado> y h.
39. Próspero E. Epidemiology of tetanus in the Marches Region of Italy, 1992-95. Boletín de OMS. 1998, 76(1):47-54.
40. Reid, K. Et al. Adult immunizations: Recomendations for Practice Mayo Clin Proc, April 1999; vol 74: pp 37.

41. Reglamento de Tránsito. Acuerdo Gubernativo Número 273-98. Guatemala, 1998.
42. Schottenfeld D. et al. Pruebas de detección y Quimioprevención de tumores ginecológicos. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Vol.1996. México: Mac-Graw Hill Interamericana.
43. Sologaitoa Matul, Basilia Rosmery. Prevalencia de Factores de riesgo cardiovascular detectados en profesionales egresados de la USAC. Tesis (Médico Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1998. 69p.
44. Universidad de San Carlos de Guatemala. Actividad Física y La Salud. Guía para promover la salud del Docente. 1998.
45. Universidad de San Carlos de Guatemala. El ejercicio físico y La salud integral del universitario Deportes. No. 7. 1992.
46. Universidad de San Carlos de Guatemala. Informe Anual de la Unidad de Salud del Bienestar Estudiantil. 1996.
47. Universidad de San Carlos de Guatemala. Programa Ampliado de Vacunación en Guatemala. Luarca J. Programa de Medicina Familiar. 1994.
48. Welsh S. Normas sobre nutrientes, pautas nutricionales y guías de alimentos. Conocimientos actuales sobre nutrición. 1997 . OPS/OMS. Publicación No. 565.
49. What You Need To Know About Cancer Sceening. American Institute for Cancer Reserch NEWSLETTER, Winter 2000 Issue 66.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS.

RESPONSABLE: Sandra Martínez.
AUTOCUIDADO DE LA SALUD

Este estudio pretende caracterizar la participación del médico en el autocuidado de la salud física. **La boleta es ANONIMA**, y después de llenada se depositará en un sobre cerrado que se abrirá hasta finalizar la recolección de datos.

Boleta de recolección de datos.

I. DATOS GENERALES.

Edad: _____ años cumplidos. Sexo: _____ Peso: _____ lbs. Talla: _____ mts.

Especialidad:

Medicina Interna.	Cirugía.	Pediatría.	Ginecología.
Oftalmología.	Anestesia.	Traumatología.	Salud Pública
Epidemiología.	Medicina Gral.	Patología.	Otra
(especificar) _____			

II. HABITOS Y MEDIDAS DE PREVENCION.

1. Ha fumado cigarrillo?

SI

NO

(si su respuesta es negativa, por favor pase a la pregunta No. 5)

2. Si usted actualmente fuma, especifique la frecuencia.

Diario

Semanal

Mensual

Ocasional.

3. Especifique la cantidad. _____

4. Cuando fue la última vez que fumó un cigarrillo (número de días). _____

5. Ha ingerido bebidas alcohólicas?

SI

NO

(si su respuesta es negativa, por favor pase a la pregunta No. 9)

6. Si usted actualmente consume bebidas alcohólicas, especifique la frecuencia.

Diario

Semanal

Mensual

Ocasional.

7. Especifique la cantidad. _____

8. Cuando fue la última vez que consumió bebidas alcohólicas (número de días). _____

9. Ha consumido drogas (marihuana, cocaína, crack, LSD)

SI

NO

(si su respuesta es negativa, por favor pase a la pregunta No. 14)

10. Si usted actualmente consume alguna droga especifique la frecuencia.

Diario

Semanal

Mensual

Ocasional.

11. Especifique la cantidad. _____

12. Especifique el tipo de droga: _____

13. Cuando fue la última vez que consumió alguna droga (número de días). _____

14. Conoce usted la velocidad a la que se debe conducir en automóvil, según lo estipulado por el reglamento de tránsito?

SI

NO

15. ¿ A que velocidad conduce la mayoría de las veces, en el área urbana? _____
Km./hora.
16. De las siguientes vacunas, marque cuál o cuáles de ellas le han administrado el esquema completo para adultos?
Hepatitis B
Toxoide Tetánico
Toxoide diftérico.
Rubéola
Influenza
Sarampión
Parotiditis
Poliomielitis
17. De las siguientes vacunas, marque cuál o cuáles de ellas le han administrado refuerzo periódico?
Hepatitis B
Toxoide Tetánico
Toxoide diftérico.
Rubéola
Influenza
Sarampión
Parotiditis
Poliomielitis
18. Realiza usted algún tipo de ejercicio físico?
SI
NO
(Si su respuesta es negativa, pase a la pregunta número 23)
19. Si su respuesta anterior fue afirmativa, especifique el lugar:
Gimnasio
Casa
Aire libre.
Otro (especifique):_____
20. Que tipo de ejercicio realiza?
Caminata
Carrera
Ciclismo
Natación
Gimnasia
Otros (especifique):_____
21. Cuantos minutos cada sesión: _____
22. Cuantas veces por semana? ____

23. A continuación encontrará una tabla sobre la frecuencia de consumo de algunos tipos de alimentos, por favor marque la que mejor se ajuste a sus hábitos.

ALIMENTO	NO CONSUME	DIARIO	1 veces 2 POR SEMANA	MENSUAL	OCASIONAL
Comida Rápida					
Crema					
Huevos					
Grasa sólida					
Chicharrones					
Frituras					
Vegetales frescos					
Azúcar (10 cucharaditas ó mas)					
Aguas gaseosas					
Golosinas saladas					
Golosinas dulces					

24. Utiliza cinturón de seguridad al ir dentro de un vehículo?

SIEMPRE
A VECES
NUNCA

25. Acude usted al odontólogo?

SI
NO

Si su respuesta es negativa, por favor pase a la pregunta No. 27.

26. Con que frecuencia (en meses) _____

27. Acude usted al oftalmólogo?

SI
NO

Si su respuesta es negativa, por favor pase a la pregunta No. 29.

28. Con que frecuencia (en meses)? _____

II. PREGUNTAS SOLO PARA MEDICAS

29. Realiza autoexamen de la mama?

SI
NO

30. Con que frecuencia (en meses)? _____

31. alguna vez se ha realizado una mamografía?

SI
NO

32. Si su respuesta anterior fue afirmativa, cuantos meses han transcurrido desde la última vez que se la realizó? _____

33. alguna vez se ha realizado citología cervical?

SI
NO

34. Si su respuesta anterior fue afirmativa, cuantos meses han transcurrido desde la última vez que se la realizó? _____

III. PREGUNTAS SOLO PARA MEDICOS

NOTA: si usted es mayor de 50 años, por favor responda las siguientes preguntas.

35. alguna vez se ha realizado examen serológico de Antígeno Prostático Específico?

SI

NO

Si su respuesta anterior fue afirmativa, cuantos meses han transcurrido desde la última vez que se lo realizó? _____

36. alguna vez se ha realizado examen digital rectal, para la detección de cáncer prostático?

SI

NO

Gracias por responder .