

CARTAS AL EDITOR

Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional

Señor editor: Históricamente, las enfermeras han enseñado a las personas a cuidarse, aunque ellas mismas no necesariamente cuiden su salud.¹ Las enfermeras tienen un deficiente autocuidado al vivir un doble sentido del deber; ser mujer y ser enfermeras. Esta situación las distrae y les produce confusión por los diferentes roles,² y son afectadas por su entorno y su labor. Por lo anterior, se diseñó un estudio transversal en enfermeras de una institución especializada en salud reproductiva de la Ciudad de México, para investigar sobre sus conocimientos y prácticas de autocuidado en salud y su estado físico y emocional mediante las evaluaciones correspondientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética Institucional. Para evaluar prácticas y conocimientos de autocuidado se aplicó un cuestionario médico/nutricio, validado en apariencia y contenido. Para calificar autoestima se empleó el Inventario Cooper Smith (25 reactivos y punto de corte ≤ 18) y para valorar malestar emocional se utilizó el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-30, punto de corte 7/8). Se determinaron peso, estatura, índice de masa corporal (IMC),³ cintura, presión arterial, glucosa y lípidos. Se utilizó ji cuadrada de Pearson, razón de momios con

intervalo de confianza 95%. Participaron 265 enfermeras, de edad promedio de 41 años; 60% tuvo prácticas de autocuidado inadecuadas, 15% conocimientos deficientes en cuidados de salud, 25% baja autoestima y 10% malestar emocional. De las participantes con prácticas inadecuadas

de autocuidado, 31% presentó baja autoestima ($RM= 2.0$; $IC95\% 1.1-3.8$) y 14% malestar emocional ($RM= 4.2$, $IC95\% 1.4-12.5$) (cuadro I). No tener conocimiento óptimo sobre aspectos de salud implicó casi tres veces más riesgo de tener autocuidado deficiente ($RM 2.7$; $IC95\% 1.2-5.8$) (cuadro II).

Cuadro I
Autocuidado de las participantes según calificación en autoestima y malestar emocional n=265

Pruebas psicológicas	Autocuidado en salud				RM* (IC95%)	p [‡]
	No adecuado n=158(60%)		Adecuado n=107(40%)			
	Frec.	%	Frec.	%		
Inventario Cooper Smith-A (autoestima. Punto de corte ≤ 18)						
Baja autoestima	49	31	19	18	2.0 (1.1, 3.8)	0.023
Alta autoestima	109	69	88	82		
Cuestionario de Goldberg (GHQ-30) (malestar emocional. Punto corte 7/8)						
Alterado	22	14	4	4	4.2 (1.4, 12.4)	0.012
Bueno	136	86	103	96		

* Razón de momios

‡ Ji cuadrada de Pearson

Cuadro II
Conocimiento sobre aspectos de salud que tienen las participantes según el autocuidado n=265

Conocimiento sobre aspectos de salud	Autocuidado en salud				Total	RM* (IC95%)	p [‡]
	No adecuado n=158 (60%)		Adecuado n=107 (40%)				
	Frec.	%	Frec.	%			
No conoce	31	20	9	8	40	2.7 (1.2, 5.8)	0.020
Sí conoce	127	80	98	92	225		

* Razón de momios

‡ Ji cuadrada de Pearson

Las participantes presentaron dislipidemia 45% e hiperglucemia 67%. Ochenta por ciento tuvo sobrepeso-obesidad (principalmente en turno nocturno) mayor al reportado por otros estudios de enfermeras (65 y 76%)^{4,5} y a nivel nacional (73%).⁶ Sí se tienen conocimientos en cuidados de salud pero no se aplican; la baja autoestima y el malestar emocional aumentaron el riesgo de no cuidar su salud. Por lo anterior, se deben implementar estrategias que mejoren la autoestima y disminuyan malestar emocional para optimizar sus prácticas de autocuidado.

Bernarda Sánchez-Jiménez, L en Enf y Obs,⁽¹⁾
 Reyna Sámano, M en Antróp. Nutr⁽²⁾
 ssmr0119@yahoo.com.mx
 Daniela Chinchilla-Ochoa D, Psic,⁽³⁾
 Ana Lilia Rodríguez-Ventura,
 Ped. Endocrin, M en CM.⁽²⁾

⁽¹⁾ Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias, Instituto Nacional de Perinatología. México DF

⁽²⁾ Departamento de Nutrición y Bioprogramación, Instituto Nacional de Perinatología. México DF

⁽³⁾ Departamento de Neurociencias, Instituto Nacional de Perinatología. México DF

Referencias

1. CEPIS/OPS/OMS. Seguridad e higiene del trabajo en los servicios médicos de salud. 2003; Cap.V. En: Carvallo B. Riesgos laborales en ejercicio de enfermería. *Revista Enferm* 2003;6(3):25-30.
2. Banda OL. Prácticas de autocuidado de enfermeras con doble jornada laboral. Primer foro universitario "Investigación, Sociedad y Desarrollo" Avances y perspectivas; 2008 oct 2-10; Cd.Victoria Tamaulipas, México.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México: DOF, 2010.
4. Trejo PM, Araujo R, Orozco C, Mollinedo FE, Piña HD, Hernández, et al. Factores de riesgo cardiovascular según la etapa de cambio conductual en personal de enfermería. *Rev Cuid* 2012;3(3):349-354.
5. Escasany M, Tumminello MJ, Gonález GA. Síndrome metabólico en personal de enfermería. *Rev Esp Nutr Diet* 2012;16(3):89-93.
6. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: INSP, 2012.

Más sobre la enseñanza de la salud pública

Señor editor: En relación con el artículo especial "Modernización académica de la Escuela de Salud Pública de México: 1983-1995", aparecido en el número 5 del año 2013, me permito proporcionar información que considero puede ser útil para enriquecer el conocimiento sobre el desarrollo de la educación en salud pública en nuestro país, compleja práctica social de profunda raigambre histórica.

En el caso de la enseñanza de la salud pública, sabemos que sus raíces se remontan mucho antes de nuestra era y algunas de sus representaciones escritas pueden encontrarse en la Biblia y en algunos documentos atribuidos a Hipócrates. Como enseñanza formal, la historia se remonta al último cuarto del siglo XIX, con la Escuela de Salud Pública de Munich bajo la dirección del Dr. Max Von Pettenkoffer. En nuestro contexto, desde 1922 hasta 1970, la Escuela de Salud Pública de México fue la instancia formadora de recursos humanos de posgrado en salud pública en el país; en esa última década se establecieron las instancias universitarias de la Universidad de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Guadalajara y la Universidad de Guadalajara.

En el caso de esta última, el antecedente académico más remoto es la Cátedra de Higiene dictada por el Dr. Pedro Van der Linden, en 1839, en la Universidad de Guadalajara.¹ De forma efectiva, la salud pública como posgrado se inicia en septiembre de 1977 como Maestría de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, a instancias del Dr. Joel Robles Uribe, apoyado por un entusiasta grupo de sanitaristas jaliscienses, y al que le suceden Pablo Vidal Yerenas Ramírez y, posteriormente, quien firma esta carta.

El desarrollo de la maestría y el egreso de las primeras cuatro generaciones propician que el 3 de di-

ciembre de 1984* se funde el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, cuyos primeros directores fueron el Dr. Ignacio Villaseñor Urrea y la Dra. Elba Dolores Arias Merino.

Durante la segunda mitad de la década de los ochenta, la investigación en salud pública en nuestra universidad registró un avance: entre 1984 a 1991 la plantilla de profesores-investigadores pasa de 7 a 18, la producción científica de 20 a 70 artículos publicados, de 0 presentaciones en reuniones a 68, y de 0 a 23 proyectos registrados; se realizaron nueve convenios con instituciones extranjeras como las universidades de California-Berkeley,[‡] San Francisco, Washington, Barcelona, South Florida, Puerto Rico, Instituto Gamaleya de la Academia de Ciencias de la Unión Soviética y el Instituto Superior de Estudios Sanitarios de la Universidad de "La Sapienza" en Roma, y se vuelve centro colaborador de la Organización Panamericana de la Salud,^{2,*} además, su posgrado lo hace ser miembro activo de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública (AMESP).

La apertura del Instituto Regional trajo como consecuencia un avance en la docencia, la investigación y la vinculación académicas en salud pública. En 1987, el currículo del posgrado en salud pública cambia totalmente, firmándose el 28 de agosto de 1988, por el Consejo General Universitario, la creación de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública y del Doctorado en Epidemiología.*

Este doctorado se plantea en dos etapas: la primera se había realizado

* Departamento de Salud Pública. Archivos del Postgrado de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública y del Doctorado en Epidemiología. Universidad de Guadalajara.

‡ Previamente, se había establecido un fructífero intercambio anual de estudiantes de maestría entre California y Guadalajara, con apoyo de los doctores Joel García y David Hayes del Departamento de Salud Pública de la Universidad de California-Berkeley.