

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 sanitarios 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.

desde dos años antes en las instalaciones de la Universidad de Washington en la ciudad de Seattle, gracias al apoyo irrestricto de los doctores Timothy A de Rouen y Gilbert Omenn, respectivamente director asociado y director de la Escuela de Salud Pública; y la segunda etapa de teoría y práctica en la ciudad de Guadalajara, en las instalaciones y área de trabajo del Instituto Regional de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, sede del programa. Los primeros becarios fueron los doctores Noé Alfaro Alfaro, Margarita Pérez Jiménez, Carlos Prado Aguilar y Alfredo Celis.*

Lo anterior sugiere que la transmisión del conocimiento, en este caso el relacionado con la educación en salud pública, plantea ritmos y logros diversos, aún en espacios y tiempos similares, donde las instituciones en desarrollo pueden acceder a mejores niveles académicos, sin descuidar la pertinencia, la excelencia, el trabajo colegiado y, sobre todo, comprometidos socialmente aquí y ahora y no allá y entonces.

Javier E García de Alba García, D en Antrop.⁽¹⁾
javier.garciaal@imss.gob.mx

⁽¹⁾ Profesor honorario y ex coordinador del programa de posgrado de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México

Referencias

1. García de Alba García JE, Arias Merino ED, Ramírez Pedroza S. Apuntes historiográficos para la Escuela de Medicina de la Universidad de Guadalajara. México: Universidad de Guadalajara. 1993.
2. García de Alba García JE, Salcedo-Rocha AL, Martínez-Meza I. Algunas consideraciones sobre la investigación en salud pública en México. Cir 1995;63(6):227-231.

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

Personalidad resistente y consumo de alcohol en universitarios de la UAEM

Señor editor: Con la presente carta enviamos resultados de una encuesta aplicada entre junio y julio de 2012 sobre personalidad resistente (PR), autoeficacia para la búsqueda de empleo, compromiso con la carrera, sensibilidad emocional y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Morelos. La PR o *hardiness* es una variable vinculada a una mejor salud, pues induce protección psicológica ante las adversidades (por la capacidad de percibir la acción como desarrollo personal a través de reto, control y compromiso).^{1,2} Por otra parte, el consumo de alcohol es común entre los jóvenes y adolescentes, quienes representan casi la cuarta parte de los habitantes de México. La encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de 2012 reporta una disminución, pero aun así el porcentaje es alto: 68.2%.³ En esta investigación, descriptiva y transversal, mediante una encuesta con índices de fiabilidad adecuados ($\alpha \leq 0.70$), se buscó describir la relación de PR con autoeficacia para la búsqueda de empleo, compromiso con la carrera, sensibilidad emocional y consumo de alcohol por ocasión en el último mes. Para ello se usaron los criterios propuestos por la ENA 2008, clasificando el consumo en: a) no consumidores, b) consumidores de menos de cinco copas (bajo), y c) consumidores de más de cinco copas (alto). Se realizó un análisis descriptivo-comparativo (frecuencias, promedios, X^2 y *t*-test) con un intervalo de confianza de 95% ($p < 0.05$).

La muestra intencional fue de 212 estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM),

49.5% de psicología y 50.5% de enfermería, con una edad promedio de 21.9 años (DE=3.3). El 40% cursa su último año de carrera y ha buscado empleo en los últimos seis meses. La prevalencia obtenida de consumo alto de alcohol fue de 25.9%; los hombres muestran más consumo alto que las mujeres, 44 vs. 21% ($X^2=10.20$, $gl=2$, $p < 0.006$). Por carrera, en psicología hay mayor consumo alto que en enfermería, 31 vs. 21% ($X^2=8.35$, $gl=2$, $p < 0.015$). Al comparar la PR se observan diferencias significativas en compromiso: $t(210, 208) = -2.612$, $p = 0.010$; la media de psicología fue de 23.7 y la de enfermería 24.6.

Se realizaron correlaciones parciales (cuadro I), donde se puede apreciar cómo las variables reto, control, compromiso y PR tienen relaciones moderadas-bajas con consecuencias positivas (afrentamiento y planificación, integración, exploración del mercado laboral, involucramiento y compromiso con la carrera), de la misma forma, reto, compromiso y PR mostraron relaciones inversas bajas con las variables que miden consecuencias negativas (sensibilidad egocéntrica y consumo de alcohol), de manera que entre mayor PR (reto, control y compromiso) tenga un estudiante, mayores recursos tendrá para el desarrollo de conductas con iniciativa, lo cual incrementa su desempeño y sus logros. Por otra parte, el consumo alto de alcohol en los estudiantes afecta su capacidad de percibir sus competencias en la vida cotidiana y su estado de ánimo. Este trabajo, al igual que otros,^{2,3} encuentra que la personalidad resistente incide en los procesos de estrés y salud actuando como un modulador que reduce la posibilidad de experimentar conductas de abuso de sustancias, si bien es una variable poco estudiada y que probablemente sea un factor protec-

Cuadro I

Correlación parcial entre reto, control, compromiso (PR) y conductas negativas (sensibilidad egocéntrica negativa y consumo de alcohol) y conductas con iniciativa (afrontamiento de la frustración, planeación de la carrera, integración, exploración del mercado laboral e involucramiento y compromiso con la carrera)

	Reto	Control	Compromiso	PR
<i>Conductas con iniciativa</i>				
Afrontamiento de la frustración	.393*	.246*	.338*	.396*
Planificación de la carrera	.405*	.316*	.384*	.450*
Integración	.278*	.222*	.318*	.331*
Exploración del mercado laboral	.304*	.143*	.265*	.286*
Involucramiento con la carrera	.265*	.214*	.296*	.314*
Compromiso con la carrera	.241*	.218*	.280*	.301*
<i>Conductas negativas</i>				
Sensibilidad egocéntrica negativa	-.322*	-.056	-.198*	-.228*
Consumo de alcohol	-.168†	-.109	-.161†	-.177*

* $p < .01$ † $p < .05$

PR: personalidad resistente

tor frente a la aparición de malestar psicológico en estudiantes.

Norma Betanzos-Díaz, D en Psic.⁽¹⁾
Gretty Carolina Colli-Magaña,⁽²⁾
Francisco Paz-Rodríguez, D en Psic.⁽³⁾
fpaz@innn.edu.mx

⁽¹⁾ Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Cuernavaca, Morelos, México.

⁽²⁾ Universidad Autónoma de Yucatán. Yucatán, México.

⁽³⁾ Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). México DF, México.

Referencias

- Villatoro J, Moreno M, Oliva N, Fregoso D, Bustos M, Fleiz C, et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la Ciudad de México. Medición 2012. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto para la Atención y la Prevención de las Adicciones, Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal, 2013.
- Moreno-Jiménez B, Garroso E, Corso S, Rodríguez-Carvajal R. Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema* 2012;24(1):79-86.
- Moreno-Jiménez B, Morante-Benadero M E, Rodríguez-Carvajal R, Rodríguez-Muñoz A. Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema* 2008;20(1):124-130.

Cambios en la prevalencia de deficiencia de yodo y hierro, y parasitosis en escolares de Arandas, Jalisco, México

Señor editor: Deseamos llamar su atención sobre tres problemas de salud aún no resueltos que afectan a niños mexicanos: la deficiencia de yodo (DY), presente en diferentes regiones del país;^{1,2} la elevada prevalencia de anemia en niños³ y la parasitosis. Se ha documentado que estos tres problemas, juntos y en forma individual, afectan el crecimiento físico y el desarrollo cognitivo del niño.⁴⁻⁶ Por ello hemos analizado el comportamiento histórico de los cambios observados en la prevalencia de DY, hierro y parasitosis en niños del Instituto Alteño para el Desarrollo de Jalisco (INADEJ) en Arandas, Jalisco, entre los años 2000 y 2010, y simultáneamente, analizar su prevalencia en escolares procedentes de las escuelas primarias de ese municipio. Para el análisis incluimos a un grupo de niños (n=102) de 60 a 144 meses de edad, atendido

en INADEJ y a un grupo de niños (n=196) de la misma edad y sexo, obtenidos de una muestra aleatoria, que asistía al sistema escolar del municipio de Arandas, Jalisco, México, en 2010-2011. La frecuencia de familias nucleares (82%), el analfabetismo del padre (10-11%); de la madre (6-7%) y la frecuencia de matrimonios civil/religioso (83-87%) fue similar en ambos grupos. El trabajo eventual de los padres de familia fue más frecuente en el grupo de niños de INADEJ 2010 (65%) que en el grupo de niños del sistema escolar (25%).

Se observó una disminución significativa en la prevalencia de deficiencia leve de yodo ($< 100 \mu\text{g/L}$) en los niños de INADEJ 2010 (9.5%) respecto de los niños de INADEJ 2000 (29%). Sin embargo, los niños del sistema escolar mostraron una prevalencia mayor de deficiencia leve de yodo (46.5%) que los niños de INADEJ 2010 (9.5%), $p < 0.001$. La deficiencia de hierro fue menor en los niños de INADEJ 2010 (4%) que en los niños de INADEJ 2000 (14.8%). Ningún niño del sistema escolar presentó deficiencia de hierro o anemia. La frecuencia de parasitosis fue mayor en los niños de INADEJ 2010 (31.5%) que en los niños del sistema escolar (22.4%); mientras que los niños estudiados en INADEJ 2000 habían presentado parasitosis en 47.2%. La giardiasis fue más frecuente en los niños de INADEJ 2010 (13%) que en los niños del sistema escolar (6%) ($p < 0.001$); asimismo, la giardiasis fue más frecuente en los niños de INADEJ 2000 (30%) que en los niños de INADEJ 2010. La presencia de dos o más parásitos (*Giardia lamblia*, *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Ascaris lumbricoides*) fue más frecuente en los niños de INADEJ 2010 (11%) que en los niños del sistema escolar (3%) ($p = 0.007$).

Los hallazgos observados muestran una mejoría significativa en este periodo de 10 años en los indicadores de salud y nutrición analizados, a excepción de la mayor prevalencia

de deficiencia de yodo en niños del sistema escolar, que al parecer se relaciona con un mayor consumo de sal de grano, que según muestras obtenidas en ese municipio y analizadas en nuestro laboratorio, no está yodada. Consideramos que en la mejoría observada en los niños de INADEJ 2010 y en los niños del sistema escolar del Municipio de Arandas, Jalisco habrían influido el mejor ingreso económico familiar, mayor educación de los padres y mayor frecuencia en la estabilidad en el empleo del jefe de la familia, condiciones que han ido a la par con el crecimiento y desarrollo significativo del propio municipio.

Edgar M Vásquez-Garibay, D en C,⁽¹⁾
inhu@cucs.udg.mx

Liliana Campos-Barrera, MNH,⁽¹⁾

Enrique Romero-Velarde, D en C,⁽¹⁾

Alma Rosa Del Ángel-Meza, D en C,⁽¹⁾

Lizette Miranda-Ríos, MNH,⁽¹⁾

Francisco Nápoles-Rodríguez, DCSP,⁽¹⁾

María Eugenia Nuño-Cosío, Lic.⁽²⁾

⁽¹⁾ Instituto de Nutrición Humana,
Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.

⁽²⁾ Instituto Alteño para el Desarrollo de Jalisco.
Jalisco, México.

Referencias

1. López RG, Galván M, Silva MI, Chávez DM. Factores asociados al estado nutricional de yodo en preescolares del estado de Hidalgo, Mexico. *Gac Med Mex* 2013;149:161-167.
2. Vásquez-Garibay EM, Romero-Velarde E, Nápoles-Rodríguez F, Nuno-Cosío ME, Trujillo-Contreras F, Sánchez-Mercado O. Prevalencia de deficiencia de hierro y yodo, y parasitosis en niños de Arandas, Jalisco, México. *Salud Publica Mex* 2002;44:195-200.
3. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica (MX), 2012.
4. Zimmermann MB, Andersson M. Assessment of iodine nutrition in populations: past, present, and future. *Nutr Rev* 2012;70(10):553-570.
5. McCann JC, Ames BN. An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency during development and deficits in cognitive or behavioral function. *Am J Clin Nutr* 2007;85:931-945.

6. Berkman DS, Lescano AG, Gilman RH, Lopez SL, Black MM. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. *Lancet* 2002;359:564-571.

Imagen corporal y aspectos psicosociales en mujeres hysterectomizadas

Señor editor: En este trabajo queremos abordar una problemática importante que se presenta en las mujeres, principalmente entre los 35 y los 54 años: la falta de atención de los aspectos psicosociales en las pacientes hysterectomizadas. Durante 2012, en los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud de Tamaulipas se realizaron 1 024 intervenciones de este tipo (edad promedio de 46 años y desviación estándar de 11.23) con la consiguiente afectación, no sólo en la vida de las mujeres, sino en las parejas y familias donde se encuentran inmersas. De acuerdo con la guía de práctica clínica "Indicaciones y contraindicaciones de la hysterectomía en segundo nivel de atención"¹ ésta es la cirugía ginecológica realizada con mayor frecuencia.

Una de las consecuencias de esta cirugía es la distorsión de la imagen corporal, definiéndose como la alteración de la representación perceptual, conceptual o afectiva

que la paciente haga de su propio cuerpo, ya sea imaginada o excesiva en relación con una característica física y que genere molestia, malestar o preocupación excesiva. Por esta razón, el estudio evalúa algunos de los aspectos psicosociales que están presentes en las pacientes que sufren una mayor afectación en su imagen corporal.

Para la realización de este trabajo de investigación se evaluó a 51 pacientes que cubrieron los criterios de inclusión (pacientes que durante el periodo establecido acudieron al Hospital General de Ciudad Victoria a realizarse una hysterectomía por parte del Seguro Popular o de la Unidad de Previsión y Seguridad Social del Estado de Tamaulipas) y no presentaban los criterios de exclusión (patología cancerígena y antecedentes psiquiátricos), siendo la muestra no probabilística, cómoda y por oportunidad.

En primer término y de conformidad con la bibliografía revisada,²⁻⁴ se estableció que los factores que inciden en la imagen corporal son los aspectos personales (ansiedad-rasgo, autoestima y autoconcepto) y el entorno (la relación de pareja y la formación preoperatoria que brinda la institución médica). Para la evaluación de los diferentes aspectos se aplicaron los instrumentos desglosados en el cuadro I.

Cuadro I
Instrumentos de evaluación de los factores que inciden en la imagen corporal de las pacientes hysterectomizadas

Instrumentos	Alpha de Cronbach
Inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger (escala rasgo) ⁵	0.838
Cuestionario de autoestima de Rosenberg ⁶	0.750
Escala multidimensional de autoconcepto (AF5) de García y Musitu ⁷	0.774
Inventario de apoyo para la pareja (IAPP) de Brizuela, Ojeda, Calderón y Cruz ⁸	0.909
Cuestionario sobre necesidades educativas ⁹ de Urrutia ⁹	0.751
Distorsión de la imagen corporal	0.926

La distorsión de la imagen corporal se evaluó como una subescala adicional al AF5* incluyéndose cinco ítems previamente correlacionados.

Resultados

Los resultados se registraron en una base de datos creada para este fin y se analizaron con el apoyo del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 para Windows, se obtuvieron los resultados descritos en el cuadro II.

El autoconcepto general presenta un incremento significativo en las pacientes mayores de 60 años. Aunque no presenta una diferencia significativa entre los grupos, se presenta la tendencia de que a mayor edad, mayor autoconcepto emocional. Aunque no se presenta una diferencia significativa, se exhibe la tendencia de que a mayor escolaridad menor distorsión de la imagen corporal.

De los resultados antes mencionados, podemos concluir que las pacientes que manifiestan una mayor distorsión en su imagen corporal pre-

sentan una puntuación alta en rasgo de ansiedad y una baja puntuación en el autoconcepto emocional, agudizándose este último en las pacientes que tienen pareja. Otro factor importante es la baja autoestima en pacientes que refieren una baja satisfacción de sus necesidades educativas.

De lo anterior se desprende la enorme necesidad que presenta este grupo de pacientes con grandes desventajas emocionales y afectivas al atravesar una experiencia traumática de este tipo, para lo que se recomienda incluirlas en grupos psicoeducativos que sirvan para paliar el silencioso sufrimiento de la mujer histerectomizada. Es importante también incluir la valoración y atención psicológica en la guía de práctica clínica, además de indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en el segundo nivel de atención.¹

Dr. Francisco Javier Aquino Bustos,^(1,2)

fjavieraquino@yahoo.com.mx

Dr. Sergio Correa Gutiérrez,⁽¹⁾

Dra. Celia Reyes Anaya,⁽³⁾

Mtra. Brissa Gabriela González Rodríguez.^(2,4)

⁽¹⁾ Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tamaulipas.

⁽²⁾ Universidad La Salle Victoria, Tamaulipas.

⁽³⁾ Universidad Pedagógica Nacional.

⁽⁴⁾ Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, Tamaulipas.

* Escala multidimensional de autoconcepto de García y Musitu.

Cuadro II
Aspectos psicosociales de la percepción de la imagen corporal en mujeres histerectomizadas

Variable 1	Variable 2	Correlación (r)	Significancia (p)
Ansiedad	Autoconcepto general	-0.564	0.001
Ansiedad	Autoconcepto emocional	-0.621	0.001
Ansiedad	Autoconcepto físico	-0.382	0.001
Ansiedad	Apoyo a la pareja	-0.381	0.018
Ansiedad	Distorsión de la imagen corporal	0.016	0.016
Autoconcepto general	Distorsión de la imagen corporal	-0.322	0.001
Autoconcepto emocional	Distorsión de la imagen corporal	-0.405	0.003
Autoestima	Necesidades educativas	-0.414	0.021
Autoestima	Cuidados postquirúrgicos	-0.471	0.007

Referencias

1. Guía de práctica clínica. Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2010:1-63.
2. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005;56:209-215. ISSN 0034-7434 [consultado el 21 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n3/v56n3a03.pdf>
3. Urrutia-Soto MT, Araya GA, Villarreal del PL, Viñales AD. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2004;69:301-306 [consultado el 21 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n4/art07.pdf>
4. Urrutia-Soto MT, Araya Gutiérrez A, Riquelme GP. Satisfacción con la educación recibida en un grupo de mujeres histerectomizadas. *Ciencia y Enfermería* 2008;14:33-42. Concepción, Chile: Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, ISSN 0717-2079 [consultado el 21 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art05.pdf>
5. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. IDARE. Inventario de ansiedad: rasgo-estado. México DF: Manual Moderno, 1975.
6. Martín-Albó J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *Span J Psychol* [serie en internet] 2007;10:458-467 [consultado el 6 de abril de 2014]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/view/30049>
7. García JF, Musitu G, Veiga F. Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, [serie en internet] 2006;18:551-556 [consultado el 6 de abril de 2014]. Disponible en: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4670/1/Autoconcepto%20en%20adultos%20de%20Espa%C3%B1a%20y%20Portugal.pdf>
8. Velasco-Campos ML, Luna-Portilla MR, comp. Inventario de apoyo para la pareja en instrumentación de evaluación en terapia familiar y de pareja. México, DF: Editorial Pax, 2006: 183-200.
9. Urrutia-Soto MT, Riquelme GP, Araya GA. Educación de mujeres histerectomizadas ¿Qué desean saber?. *Rev Chil Obstet Ginecol* [serie en internet] 2006;71:410-416 [consultado el 6 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n6/art08.pdf>

Trabajo integrado “centro de salud-escuela”, una vía para mejorar la posibilidad de desarrollo de niños campesinos e indígenas de zonas rurales

Señor editor: Dentro de los principales objetivos que tienen los países en vías de desarrollo se encuentra mejorar las condiciones de salud y educación. Ambos son aspectos sensibles para una gran parte de la población, especialmente para los estratos sociales vulnerables, de la cual una significativa parte vive en zonas rurales, las cuales poseen una dinámica social diferente (campesinos e indígenas) que se manifiesta en diversas patologías y en bajo rendimiento educativo obtenido por los niños, con lo que se deduce la existencia de una fuerte relación entre salud y aprendizaje.

Según el proyecto *Monitoring Learning Achievement* de la Unesco y la Unicef, los niños de zonas rurales obtienen en resultados de pruebas estandarizadas puntajes significativamente más bajos que los niños de zonas urbanas. Para Chile, se obtienen índices diferenciadores de 10.8 puntos en lenguaje y escritura y de 20.4 en matemáticas,¹ lo que da una idea acerca de la baja calidad educativa de las zonas rurales. Dentro de los factores que más influyen en estas diferencias se encuentran el nivel educativo y socioeconómico de los padres, los contenidos curriculares descontextualizados, las habilidades cognitivas y el estado de salud;² estos dos últimos se asocian con el tardío ingreso de los niños a la escuela, que se debe, fundamentalmente, a la escasa existencia de centros de educación preescolar que permitan un adecuado trabajo psicomotriz de los niños, lo que origina o refuerza problemas neurológicos y motrices en edades posteriores. Estos factores desencadenan altas tasas de deserción que para el caso chileno se encuentran

en 95.9% de niños que finaliza la educación a sexto básico, 81.1% a octavo y sólo 45.9% a cuarto medio,³ lo que trae como consecuencia que muchos jóvenes que cuentan con escasas oportunidades de desarrollo recaigan en el analfabetismo, factor que aumenta las posibilidades de contraer enfermedades, lo que constituye un importante problema de salud pública.

Entre los problemas más comunes que padecen los niños rurales se pueden encontrar algunas alteraciones neurofisiológicas, psicológicas y del lenguaje como dislalia y la dislexia, las cuales obstaculizan fundamentalmente el desarrollo cognitivo que ocasiona bajo rendimiento educativo, todo lo cual da una idea de la carencia de una educación de calidad tanto para los niños rurales como para sus familias.⁴ Si estos problemas de salud en los niños se diagnosticaran a edades tempranas, se facilitaría la planificación educativa y mejorarían las posibilidades de desarrollo.

Lo anterior tiene relevancia política, puesto que para el caso de Chile se acaba de establecer obligatoriamente la educación preescolar desde los dos años de edad, lo que forzará al Estado a garantizar el acceso universal gratuito y, por ende, facilitará a los niños campesinos e indígenas el ingreso temprano al sistema educativo. Sin embargo, antes de una eventual implementación, deberá considerarse que, para lograr una mejor educación rural, debe establecerse una adecuada coordinación entre equipos médicos rurales y centros educativos, de modo que el trabajo coordinado y sistemático pueda facilitar y mejorar la prevención y el tratamiento de las patologías que dificultan, principalmente, el desarrollo cognitivo.

Este tipo de coordinación ya ha sido investigado en contextos vulnerables de Brasil, y se ha demostrado que al tratar sólo aspectos de la visión y la nutrición, los niños rurales de entre 9 y 18 años mejoran

significativamente sus rendimientos educativos tanto en lenguaje como en matemáticas.⁵ Otras buenas experiencias son los programas *High Scope Perry Preschool** y *Head Start†* de Estados Unidos, los cuales han sido implementados en preescolares de niveles socioeconómicos bajos, promoviendo el desarrollo integral del niño y tomando como ejes principales el lenguaje, la alfabetización, la cognición, los conocimientos generales, el desarrollo físico y la salud, más el desarrollo social y emocional con enfoque en el aprendizaje.

La evaluación del programa *Head Start*, por ejemplo, realizada en 2010 por el *Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families* de EUA, permitió concluir mediante pruebas específicas de lenguaje que los niños, bajo la implementación de dicho programa, adquieren tempranamente las habilidades básicas que les ayudan a aprender a leer; se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control (sin intervención) y el grupo intervenido,⁶ lo cual demuestra que una oportuna atención médica, dental y mental, más servicios de nutrición adecuados y la integración de los padres para fomentar el desarrollo de sus hijos, facilitan y mejoran el aprendizaje y las oportunidades de desarrollo.

Por último, cabe señalar que para mejorar los aprendizajes de los niños rurales no sólo es importante la realización de diagnósticos y tratamientos médicos oportunos, sino que es necesario considerar el concepto de salud desde una lógica preventiva, lo cual sólo será posible mediante el involucramiento de equipos especiales de salud rural, dedicados específicamente

* Información disponible en: <http://www.highscope.org/>

† Información disponible en: <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/health>

te al trabajo con niños campesinos e indígenas. Esto, unido a la realización de evaluaciones médicas periódicas y al trabajo interdisciplinario entre profesionales de la educación, las ciencias sociales y la salud, puede facilitar la generación de un adecuado sistema de salud pública rural, lo cual permitiría mejorar los índices de desarrollo tanto en el área de la salud como en el de la educación no sólo de Chile sino de otros países de Latinoamérica que aún no aprueban estas medidas.

Rolando H Díaz, D en C de la Educ,⁽¹⁾
 rolyrdf@hotmail.com, rolyrdf@gmail.com

Sonia Osses Bustingorry, D en Educ,⁽¹⁾
 Sergio Muñoz Navarro, PhD en Bioestadística,⁽²⁾
 Ana María Alarcón Muñoz, D en Antrop,⁽²⁾

⁽¹⁾ Departamento de Educación,
 Universidad de La Frontera de Temuco, Chile.

⁽²⁾ Departamento de Salud Pública,
 Universidad de La Frontera de Temuco, Chile.

Referencias

1. Lakin M, Gasperini L. La educación básica en las áreas rurales: situación, problemática y perspectivas. In: FAO, UNESCO, I PE, ed. Educación para el desarrollo rural: hacia nuevas respuestas de política. Roma, Italia: UNESCO, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, 2004:81-192.
2. PNUD. Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. Nueva York, EUA: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.
3. UNESCO. Situación educativa de América Latina y el Caribe: garantizando la educación de calidad para todos. Situación educativa. Informe regional de revisión y evaluación del progreso de América Latina y el Caribe hacia la educación para todos en el marco del proyecto regional de educación (EPT/PRELAC) -2007. Santiago, Chile: Salesianos Impresores, 2008.
4. Bravo-Valdivieso L, Milicic-Müller N, Cuadro A, Mejía L, Eslava J. Trastornos del aprendizaje: investigaciones psicológicas y psicopedagógicas en diversos países de Sudamérica. Ciencias Psicológicas 2009;3:203-18.
5. Gomes-Neto JB, Hanushek EA, Leite RH, FrotaBezzera RC. Health and schooling: evidence and policy implications for developing countries. Economics of Education Review 1997;16(3):271-282.

6. Puma M, Bell S, Cook R, Heid C. Head Start Impact Study. Final Report. EUA, Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010.

Síndrome de edorexia: evaluación y diagnóstico

Señor editor: Desde una perspectiva multidisciplinaria, la obesidad se entiende como una consecuencia de un apetito desproporcionado y descontrolado que conlleva a una sobrealimentación y la posterior acumulación de grasa; por tanto, la incapacidad de control de estos impulsos puede determinar el exceso alimentario y la propia obesidad.

En estudios piloto se ha analizado la influencia de factores psicológicos sobre la obesidad. En concordancia con Demos, Heatherton y Kelley,¹ se puede entender la obesidad como un problema de control de estímulos. De esta forma, López Morales y Garcés de los Fayos² concluyen cómo el apetito excesivo debido al déficit de control es la verdadera causa de la obesidad. Además, estos autores definen este problema como edorexia (procedente de dos palabras latinas, *edo* y *orexis*, que significan comer y apetito). Sin embargo, para mejorar el diagnóstico del síndrome de edorexia es necesario definir los aspectos clínicos relevantes. Para ello, se presenta el inventario de edorexia compuesto de 47 ítems tipo *test* de cuatro opciones de respuesta cada uno. Siguiendo la línea de trabajo de Dosil, Díaz, Viñolas y Díaz,³ se pretende proporcionar un instrumento de evaluación para la prevención y detención de este síndrome en poblaciones de riesgo como los deportistas, entre otras.

Este inventario tiene dos escalas que permiten una orientación clínica al diagnóstico del síndrome de edorexia. La primera evalúa las alteraciones psicosociales y la segunda los componentes del síndrome. Cabe destacar la necesidad de una evaluación psicológica que

acompañe a este inventario para el diagnóstico y diferenciación según los tipos (cuadro I).

Siguiendo los epígrafes anteriores, parece apropiado realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos de la conducta alimentaria para completar los criterios diagnósticos.

- En relación con la anorexia nerviosa. En el síndrome de edorexia también se puede presentar miedo a engordar; se puede emplear el deporte para contrarrestar la obesidad y se realizan restricciones calóricas; sin embargo, estas restricciones son relativas y los individuos son conscientes de su estado físico.
- En relación con la bulimia nerviosa. En ambos casos se produce una sobrealimentación con episodios de ingesta compulsiva, sin embargo, la diferencia se encuentra en el volumen y frecuencia de los episodios. Los individuos con síndrome de edorexia no tienen episodios de atracón, sino un consumo excesivo constante caracterizado por un picoteo (sin llegar a ser un atracón) o una ingesta excesiva de raciones. Por otro lado, no se producen purgas.
- En relación con otros trastornos de la conducta alimentaria destacan el *trastorno por atracón*, que no es padecido por los individuos con síndrome de edorexia; la *hiperfagia* que es de origen fisiológico, en comparación con el síndrome de la edorexia tiene origen psicológico, y la *ortorexia*, que restringe los alimentos por la calidad de los mismos, mientras que los individuos con síndrome de edorexia tienen restricciones con el objetivo de evitar la obesidad y controlar la ingesta excesiva de alimentos. Por último, no se produce ningún ritual o patrón de comportamiento en la elaboración o en la presentación de los alimentos, tal y como ocurre en la ortorexia.

Cuadro I

Criterios diagnósticos del síndrome de edorexia

- A. Presenta episodios edoréxicos recurrentes caracterizados por impulsos incontrolables, definidos como la pérdida de control del consumo y/o evitación de los alimentos.
- El consumo de alimentos se caracteriza por una ingesta constante fuera de las horas habituales de la comida y/o un volumen excesivo de alimentos, teniendo como referencia las raciones recomendadas de cada grupo de alimentos.
 - Evitación de los alimentos para impedir la pérdida de control en el consumo de alimentos, obesidad y sus complicaciones.
- B. Se compone de alguno de los siguientes componentes:
- Cuidado extremo de los hábitos para impedir las consecuencias aversas o permitirse excesos, provocando un aumento de la ingesta o malestar psicológico (evitación).
 - Normalización del volumen de la ingesta y/o necesidad psicológica de consumir alimentos puede estar acompañada de respuestas ansiosas en la disminución del volumen de los mismos (dependencia).
 - Consumo de alimentos con la finalidad de restablecer los niveles óptimos de satisfacción o de recompensa (déficit de bienestar psicológico).
 - Asociación de emociones positivas y/o negativas con las conductas alimentarias o la obesidad (componente emocional).
- C. Los episodios edoréxicos provocan una interferencia en la salud física y/o áreas personal, social y laboral del individuo.

Tipo de gravedad:

Leve, no presenta alteraciones psicosociales; moderada, presenta alteraciones psicosociales; y grave, presenta alteraciones psicosociales y los cuatro componentes.

Número y dimensiones predominantes: evitación, dependencia, déficit de bienestar psicológico y componente emocional

En conclusión, este manuscrito proporciona recursos para el diagnóstico del síndrome de edorexia y puede influir en futuros estudios e intervenciones sobre la obesidad, uno de los principales problemas sanitarios de España.

José Luis López-Morales,⁽¹⁾

joseluis.lopez2@um.es

Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidad de Murcia. España.

Referencias

- Demos KE, Heatherton TF, Kelley WM. Individual differences in nucleus accumbens activity to food and sexual images predict weight gain and sexual behavior. *J Neurosci* 2012;32:5549-5552.
- López-Morales JL, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 2012;12(1):139-142.
- Dosil J, Díaz I, Viñolas A, Díaz O. Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento (CAR, Ceare y CTD). *Cuadernos de Psicología del Deporte* 2012;12(1):163-166.

Producción científica de decanos de medicina y salud de universidades centroamericanas

Señor editor: En los últimos años se ha estado discutiendo acerca de la importancia de fomentar la investigación científica en salud, así como en salud pública, desde el pregrado.¹ Además se ha reflexionado sobre la necesidad de que los docentes que instruyan investigación tengan formación en la materia así como producción científica que pueda verse reflejada en bases de datos bibliográficas de importancia como Scopus, Science Citation Index o Medline.² Sin embargo, en muchas ocasiones se puede plantear la pregunta sobre si aquellos que están al frente de las instituciones que forman futuros investigadores en salud, en particular los decanos, deberían o no tener también una apropiada formación en investigación, sobre todo

producción científica en salud, que al momento de alcanzar dichos cargos administrativos les permita tener una perspectiva diferente sobre la importancia de la investigación.

Por esa razón quisimos explorar cuál es el nivel de producción científica de los actuales decanos de facultades de medicina y salud de 32 universidades centroamericanas (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), de acuerdo con la revisión en la base de datos Scopus. Al igual que en otros estudios similares,³ se utilizó una combinación de nombres y apellidos de los decanos con su respectivo país; los casos de homonimia fueron tratados individualmente.⁴ Se evaluó, además, el número de artículos publicados en distintos periodos respecto del momento de la búsqueda, la publicación de artículos originales, el número de citas de las publicaciones y el índice h.⁵ En aquellos casos donde no se registraron artículos en asociación con el país e institución actual de afiliación, se revisó si existía producción científica previa vinculada con otros lugares (por ejemplo, durante su formación de pre y/o posgrado).

De los 32 decanos, encontramos que menos de la cuarta parte (7/32) había publicado un artículo al menos una vez en su vida y sólo cuatro habían publicado al menos un artículo en los últimos dos años. De igual forma, sólo seis habían recibido al menos una cita de sus trabajos publicados y sólo cuatro contaban con el índice h (rango de 0 a 19). Los detalles de las frecuencias de publicación y las medidas de resumen del número de publicaciones, citas y el índice h se muestran en el cuadro I.

Al correlacionar (mediante la prueba de rho de Spearman) la producción científica de por vida (número de artículos) de los decanos evaluados y la producción científica reportada de sus respectivas universidades (de acuerdo con el informe Scimago Institutions Rankings para Iberoamérica, 2013),⁶ se

Cuadro I
Frecuencia de publicaciones en revistas científicas indizadas en Scopus con autoría de los decanos de facultades médicas y de salud de universidades centroamericanas

Publicación	n	%	Mediana	Rango*
Cualquier artículo alguna vez en su vida	7	21.9	0	0-69
Número de citas	6	18.8	0	0-1780
H index	4	12.5	0	0-19
Un artículo original alguna vez en su vida	7	21.9	0	0-39
Cualquier artículo en los últimos cinco años	5	15.6	0	0-16
Cualquier artículo en los últimos dos años	4	12.5	0	0-5

* Todos los valores máximos del cuadro correspondieron a un mismo decano, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

encontró asociación significativa entre ambas cosas ($r=0.445$; $p=0.011$).

Estos resultados son similares a los encontrados por otros autores,³ pero con una menor frecuencia en todos los indicadores comparables entre dicho análisis y el de los decanos de medicina y salud de Centroamérica. Infortunadamente existen escasos estudios bibliométricos en Centroamérica, sin embargo, algunos han reportado un bajo nivel de producción científica o que aún se necesita mejorar la posición en investigación en diferentes aspectos.⁷

Aun cuando se podría pensar que el tiempo que demandan cargos administrativos, como el de una decanatura, implica que se dejen de hacer actividades de investigación, la producción científica de por vida de casi la totalidad de los decanos evaluados no refleja una alta producción científica. Si bien se llama la atención sobre la escasa producción científica de autoridades universitarias, también debe mencionarse que este indicador no necesariamente podría restar importancia a la actividad que realizan los responsables de administrar estas instituciones. Sin embargo, en otros países (de Europa

y Norteamérica) es considerado un criterio más para poder acceder a dicho nivel administrativo. ¿Será entonces el momento de empezar a considerarlo en nuestras facultades médicas de Centroamérica y quizá de Latinoamérica?

Siendo la investigación un componente de gran relevancia en las facultades médicas y de salud, los decanos deberían tener una mejor producción científica, previo al ingreso a dichos cargos y, con ello, dar ejemplo sobre la importancia que tiene dicha actividad para la formación del médico, tal como se ha discutido previamente.²

Este tipo de estudios debería ampliarse y con ello promoverse aún más la producción científica en las facultades, y que también sea extensiva al personal docente y docente-administrativo para mejorar los indicadores expuestos y, a su vez, ser ejemplo para el estudiante y también elemento importante en la enseñanza de la investigación desde pregrado. Todo lo anterior se puede asociar con la producción de las universidades donde laboran, mejorando al fin y al cabo la producción del país y de la región.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Hebel Urquia-Osorio, estudiante de medicina,⁽¹⁾
 Karla Iveth Henríquez-Marquez,
 estudiante de medicina,⁽¹⁾
 Walter Oqueli Vásquez-Bonilla,
 estudiante de medicina,⁽¹⁾
 Albert Josue Estrada-Mendoza,
 estudiante de medicina,⁽¹⁾
 Alfonso J Rodríguez-Morales, MC, MSc,⁽²⁾
 arodriguezsm@utp.edu.co

⁽¹⁾ Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

⁽²⁾ Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

Referencias

1. Abudinén G, Soto-Valdés D, Rodríguez-Morales AJ. Importancia de fomentar la investigación científica en salud pública desde pregrado. *Salud Publica de Mex* 2012;54(5):459-460.
2. Taype-Rondán A, Peña-Oscuivilca A, Rodríguez-Morales AJ. Producción científica de los docentes de cursos de investigación en facultades de medicina de Latinoamérica: ¿se está dando el ejemplo? *FEM (Educación Médica)* 2013;16(1):5-6.
3. Mayta-Tristán P, Pereyra-Eliás R, Mejía CR. Producción científica de los miembros vitalicios de la academia nacional de investigadores médicos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2013;30(4):720-722.
4. Pereyra-Eliás R, Ng-Sueng LF, Toro-Polo LM, Nizama-Via A, Piscoya A, Mayta-Tristán P. Baja publicación de los trabajos presentados a los Congresos de la Sociedad de Gastroenterología del Perú 1998-2008. *Rev Gastroenterol Perú* 2011;31(2):124-132.
5. Hirsch JE. An index to quantify and individual's scientific research output. *Proceedings. Proc Natl Acad Sci USA* 2005;102:16569-16572.
6. SCImago Institutions Rankings (SIR) [en línea]. España: SCImago Research Group; 2013 [consultado el 6 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.scimagoir.com/pdf/SIR%20Iber%202013.pdf>
7. Monge-Nájera J, Ho YS. Costa Rica publications in the Science Citation Index Expanded: a bibliometric analysis for 1981-2010. *Rev Biol Trop* 2012;60(4):1649-1661.