

UNC-11 para valorar el apoyo social en sus 2 dimensiones, confidencial y afectivo; este instrumento fue validado en población mexicana con una consistencia interna por medio de alfa de Cronbach con valor de 77%.<sup>3</sup> Se realizó estadística descriptiva e inferencial, con un intervalo de confianza del 95%. Resultados: se estudiaron 70 pacientes para cada grupo. El promedio de edad fue de  $57 \pm 9,8$  años en los pacientes controlados en comparación con los no controlados ( $53 \pm 10,2$  años). En ambos grupos predominó el sexo femenino con 61 y 59%, respectivamente. No se observaron diferencias significativas en los grupos y se demostraron mediante ji al cuadrado las variables sociodemográficas con resultados de  $p=0,432$  para el sexo, de  $p=0,620$  para el estado civil, de  $p=0,447$  en escolaridad y de  $p=0,44$  para la ocupación. En cuanto a la variable apoyo social se demostró mediante prueba de ji al cuadrado presentar diferencia estadística significativa con  $p=0,00$  para apoyo social global,  $p=0,013$  en apoyo social afectivo y  $p=0,005$  en apoyo social confidencial. Con la prueba de regresión logística múltiple se obtuvo una  $p=0,00$  demostrando que contar con apoyo social global presenta una diferencia estadística significativa con  $p=0,005$ ; no así para el apoyo social afectivo, con  $p=0,242$ , y para el confidencial,  $p=0,273$ , al correlacionar dichas variables se aprecia el porcentaje de probabilidad para presentar control glucémico al realizar diversas combinaciones de variables (tabla 1).

Contar con apoyo social global, afectivo y confidencial normal tiene una probabilidad del 79% de lograr un control glucémico a diferencia de 28% si se encuentran bajos.

## Bibliografía

1. Gutierrez G, Acosta B, Pérez L, Aranda J, Medina I et al. Encuesta nacional de coberturas ENCOPEVENIMSS 2006. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006 [consultado 02/02/2009]. Disponible en: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).
2. Garay-Sevilla ME, Malacara HJM, González-Contreras E, Wrobel-Zasada K, Wrobel-Kaczmarczyk K, Gutiérrez-Roa A. Perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Rev Invest Clin*. 2000;52:241-5.
3. Arredondo MOA, Marquez CE, Moreno AF, Bazán CM. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2006;11:43-8.
4. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*. 2002;30:143-9.
5. Jiménez AP, Cisneros JM, Guzmán PJ, Robles RMA. Asociación entre apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria*. 2008;40:475-81.

Roxana Gisela Cervantes-Becerra<sup>a,\*</sup> y Martha Leticia Martínez-Martínez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 16 Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México

<sup>b</sup> Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [roxgcb77@yahoo.com](mailto:roxgcb77@yahoo.com)

(R.G. Cervantes-Becerra).

doi:10.1016/j.aprim.2011.03.006

## ¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con nuestra próxima generación de médicos?

### Emigrate or not? How would the next Spanish generation of physicians decide?

Sr. Director:

Con gran interés recibimos el comentario editorial de Dr. Martín Zurro a nuestro artículo «¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con nuestra próxima generación de médicos? Estudio sobre causas y motivos en estudiantes avanzados de medicina en 11 universidades de España».<sup>1</sup> Sin embargo, nos parece pertinente hacer algunas aclaraciones tendientes a brindar más luz a un tema novedoso, sin suficiente evidencia y claramente abierto a la polémica por su grado de incumbencia.

Efectivamente, como menciona Martín Zurro, no pudieron incluirse las facultades de medicina de grandes ciudades como Madrid o Barcelona, lo que se menciona en el apartado Discusión como una de las limitaciones del estudio. Ello se debió básicamente a la falta de respuesta o no autorización para llevar a cabo y recoger el cuestionario en las mismas. De todas maneras, coincidimos en que la tendencia no hubiese cambiado significativamente.

El Dr. Zurro menciona a las medidas de «fidelización defensiva». Coincidimos con él en que la migración médica es un fenómeno que está para quedarse e incrementarse con el tiempo; sin embargo, determinados y puntuales hechos que debieran ser corregidos, atentan con agravar este fenómeno. Valga como ejemplo la distinta categorización de profesionales con la misma responsabilidad y tarea que conviven en el día a día de los centros de salud en medio rural; o el caso de la variación del valor hora que se paga en servicios de urgencias en la zona geográfica donde confluyen 3 comunidades autónomas como Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León, donde hasta hace muy poco el valor variaba en los 3 territorios, provocando un fenómeno de «migración interna», ya que la diferencia por hora era de cerca de 7 euros. Evidentemente estos ejemplos son solo una muestra de cómo el propio sistema atenta contra sí mismo.

Por último, el Dr. Zurro sugiere que instituciones como OMS deben «[...] pasar de las Declaraciones y Planes teóricos a la implantación de políticas efectivas [...]».

Creemos conveniente mencionar que la OMS, como organismo especializado en salud, dependiente del Sistema de Naciones Unidas, tiene como misión liderar esfuerzos colaborativos estratégicos, cooperación técnica fundamentalmente, entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida. Esto

significa recomendar y promover políticas y en ningún caso implementar políticas, ya que para eso están los gobiernos soberanos que le otorgan su mandato. En este caso, vale mencionar que la Asamblea Mundial de la Salud, a la que asisten los ministros de Salud de los Estados Miembros, en el año 2004 requirió a la OMS que desarrollara un Código de Práctica Internacional de Reclutamiento para Personal Sanitario<sup>2</sup>. En respuesta a eso se inició un proceso de consulta global, cuyo producto fue la adopción de dicho código por la Asamblea Mundial de 2010<sup>3</sup>. Uno de sus puntos básicos es que «Los Estados Miembros deben satisfacer sus necesidades de personal de salud con sus propios recursos humanos en la medida de lo posible y por lo tanto adoptar medidas para educar, conservar y mantener su fuerza laboral de salud, así como los derechos de los trabajadores migrantes están consagrados de igual manera a los trabajadores de salud capacitados en el país».

## Bibliografía

1. Bernardini Zambrini DA, Barengo NC, Bardach A, Hanna M, Macías Núñez J. ¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con

nuestra próxima generación de médicos? Estudio sobre causas y motivos en estudiantes avanzados de medicina en 11 universidades de España». *Aten Primaria*. 2011;43: 222–6.

2. The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHO 2010. Accesible: 3 Mayo 2011: <http://www.who.int/hrh/migration/code/code-en.pdf>.
3. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Report by the Secretariat. WHO 2010. Accesible: 3 Mayo 2011: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63.8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63.8-en.pdf).

Diego A. Bernardini Zambrini<sup>1</sup>

*Organización Pan Americana de la Salud (OPS/OMS), Washington DC, Estados Unidos*

Correo electrónico: [bernardd@Paho.Org](mailto:bernardd@Paho.Org)

<sup>1</sup> Las opiniones y juicios vertidos en este escrito, corresponden a la opinión del autor y no representa la posición de la institución a la que pertenece.

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.009

## La importancia de incorporar la opinión del adolescente a las actividades contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas

### The importance of including the opinion of adolescents in activities against the use of alcohol, tobacco and drugs

Sr. Director:

He leído con interés el estudio cualitativo de Carreter et al.<sup>1</sup> sobre el consumo de tóxicos en adolescentes, pero sobre todo con alegría. Si en algún momento de la vida de los pacientes podemos ser más eficaces en las actividades preventivas y de promoción de la salud es en la adolescencia. Esta etapa de la vida, a caballo entre pediatría y medicina de familia, pasa desapercibida en gran cantidad de ocasiones y por eso se agradece el esfuerzo por salir del entorno asistencial propio y buscar a esta población en su lugar preferente de socialización: el instituto. Es necesaria una visión holística de este problema de salud pública, y para ello los sanitarios debemos conocer las motivaciones de los adolescentes para el consumo de tabaco, alcohol y drogas. En los resultados ofrecidos por los investigadores sería muy útil ordenar las motivaciones que inducen a los jóvenes al consumo, dado que no todas tienen el mismo peso en las conductas de los adolescentes. Diversión, experimentación y socialización se configuran, posiblemente, como las categorías de mayor peso para una conducta de riesgo<sup>2</sup>. Los valores dominantes de la sociedad favorecen los nuevos patrones de consumo de drogas juveniles basados en la diversión y el placer, lo que se relaciona con el incremento del tiempo dedicado al ocio, de modo muy especial entre los jóvenes<sup>3,4</sup>. Otro aspecto fundamental es la normalización social del con-

sumo, sobre todo en el caso del alcohol. La aceptación social y cultural de que han disfrutado las bebidas alcohólicas en nuestro país ha facilitado la consolidación de unas actitudes frente a los consumos de alcohol determinadas por una enorme tolerancia social hacia los mismos<sup>4</sup>, sobre todo a nivel familiar<sup>5</sup>. Pese a este dato, entre los adolescentes parece tener más importancia la mejora de la socialización que la imitación de modelos sociales<sup>5</sup>. Otros factores, como la edad o el sexo, deben ser tenidos en cuenta, siendo necesaria la incorporación del discurso de los adolescentes menores de 14 años, ya que el inicio del consumo de alcohol y tabaco se sitúa en esa franja etaria y será (con alta probabilidad) la puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales<sup>2,5</sup>. Así, la idea de «beber para olvidar» o «parecer mayor al fumar» es más frecuente en la primera etapa de la adolescencia, mientras que la susceptibilidad a la presión de los iguales es un factor que determina el consumo de alcohol de forma más intensa en hombres frente a mujeres<sup>5</sup>.

Como indican los autores, es necesario diseñar intervenciones preventivas a partir del discurso de los adolescentes, teniendo en cuenta edad y sexo de los adolescentes y potenciando los factores protectores que la familia puede desarrollar (el modelado, la relación de afecto y la comunicación abierta)<sup>2</sup>. Los jóvenes también demandan la existencia de mediadores en salud de edad joven que favorezcan una transmisión de valores y vivencias que refuerce la capacidad crítica de decisión del adolescente<sup>5</sup>. Además de la promoción de actividades de ocio constructivo y saludable, dirigidas fundamentalmente a la prevención del consumo, los sanitarios podemos y debemos incorporar elementos motivacionales en la intervención sobre adolescentes consumidores. Así, hemos encontrado disonancias cognitivas que se asocian al cese del tabaquismo tras una intervención motivacional<sup>6</sup> y se relacionan con factores