



## CARTAS AL DIRECTOR

### Asociación de apoyo social y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2

#### Relationship between social support and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients

Sr. Director:

En todo el mundo se observa una prevalencia ascendente de diabetes mellitus; en México, en el año 2006, fue del 14%, es decir, el doble de la reportada en la Encuesta Nacional de Salud 2000<sup>1</sup>.

Su tratamiento incluye cambios a un estilo de vida saludable, tratamiento farmacológico, educación del paciente; el apoyo social tiene un papel importante en el control de la enfermedad.

El apoyo social es un proceso interactivo, en el que el paciente puede obtener ayuda de la red social donde se desarrolla, lo cual contribuye a disminuir el grado de estrés, distribuyéndolo entre los integrantes del grupo de apoyo; facilita la toma de decisiones y la resolución de problemas, contribuye a un mejor ajuste social del paciente y mejora

su calidad de vida al tratar de evitar las complicaciones de la enfermedad<sup>2-4</sup>.

Como red de apoyo social, la familia favorece el cumplimiento del tratamiento médico y los pacientes que perciben apoyo familiar con mayor frecuencia presentan cifras de glucosa controlada<sup>5</sup>.

Se realizó un estudio con diseño de casos y controles cuyo objetivo general fue determinar la asociación entre apoyo social y control glucémico en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 usuarios de las unidades de medicina familiar 9, 10, 13, 14, 15 y 16 del IMSS delegación Querétaro, México, en el período de enero a diciembre de 2008. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%, con una relación 1:1. La técnica muestral fue aleatoria por medio de listado de usuarios registrados en sistema de operación médico operativo eligiéndose números a través del programa EPI-info. Se incluyeron 70 pacientes para cada grupo. El grupo de casos incluyó pacientes con control glucémico en función del promedio de cifras de hemoglobina glucosilada  $\leq 7\%$  en el último año. El grupo control se conformó por pacientes sin control glucémico. Se excluyeron pacientes que por sus condiciones físicas no pudieran contestar el cuestionario al 100%. Se eliminaron pacientes que no tuvieran registro de cifras de hemoglobina glucosilada en el último año. Se aplicó el instrumento Duke

Tabla 1 Regresión logística múltiple del apoyo social y el control glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2

	Ji al cuadrado	p	
	22,31	0,00	
	Beta	Wald estadístico	p
Constante	-3,556		
Apoyo social global	1,242	7,801	0,005
Apoyo social afectivo	0,522	1,375	0,241
Apoyo social confidencial	0,459	1,202	0,273
Probabilidad de tener control glucémico, %	Apoyo social global	Apoyo social afectivo	Apoyo social confidencial
0,79	Normal	Normal	Normal
0,70	Normal	Normal	Bajo
0,68	Normal	Bajo	Normal
0,57	Normal	Bajo	Bajo
0,52	Bajo	Normal	Normal
0,40	Bajo	Normal	Bajo
0,28	Bajo	Bajo	Bajo
0,10	Bajo	Bajo	Normal

Fuente: Hoja de recogida de datos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de las UMF 9, 10, 13, 14, 15 y 16 delegación Querétaro, en el período de enero a diciembre de 2008.

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 pudimos 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