

¿Por qué lo llamamos autocontrol cuando deberíamos llamarlo autoanálisis?

Sr. Director: Los profesionales sanitarios solemos decir y escribir con bastante frecuencia frases como: ¿Se hace los «controles» como le hemos indicado?, Necesita tres «controles» diarios», en la consulta con diabéticos, utilizando la palabra control cuando en realidad nos estamos refiriendo al análisis.

Parece que se nos «olvida» que el autoanálisis es la realización por el propio paciente del análisis de glucemia capilar, mientras que el autocontrol consiste en la utilización de los resultados obtenidos para intervenir en su corrección mediante la aplicación de cambios efectivos en el tratamiento y los estilos de vida. Pasamos por alto que el autoanálisis es sólo una parte del autocuidado y únicamente es eficaz cuando está integrado en una estrategia de autocontrol que permite al diabético adaptar su régimen terapéutico a los resultados del análisis. El autoanálisis pasivo es inefectivo y puede incluso favorecer el aumento de la ansiedad o frustración del paciente¹.

Todos tenemos claro que la demanda de autocuidados que se da en el diabético produce un desequilibrio que requiere nuestra intervención mediante la educación para la salud, proporcionando conocimientos y habilidades que ayuden a superar el déficit de autocuidados². Sin embargo, muchos profesionales estamos prescribiendo autoanálisis a los diabéticos preocupándonos únicamente de enseñarles la técnica y sin valorar previamente si éstos poseen las habilidades para adaptar el régimen terapéutico a sus valores de glucemia capilar. El resultado de esto es que, sin darnos cuenta, estamos transmitiendo al paciente el falso mensaje de que lo más importante en el control de la diabetes es saber «cómo tiene el azúcar» en un momento dado.

Para que el autoanálisis se integre de forma eficaz en el régimen de autocuidados, el diabético debería reunir las siguientes condiciones³:

1. Estar motivado y aceptar hacerlo.
2. Ser capaz de aprender a realizar la técnica correctamente.
3. Comprometerse a registrar los resultados de forma adecuada.
4. Ser capaz de interpretar los resultados.
5. Saber usar los resultados para modificar el régimen terapéutico de forma eficaz.

Dicho de otra manera: para que el diabético obtenga el máximo beneficio en el uso del autoanálisis deberíamos alcanzar los siguientes objetivos en su educación para la salud:

1. El paciente será consciente de la importancia del control metabólico para evitar las complicaciones de la diabetes.
2. Contemplará la realización del autoanálisis como un medio para lograr el autocuidado y no como un fin.
3. Dispondrá de suficiente información para poder elegir el medidor que le resulte más cómodo de usar entre las diferentes opciones disponibles.
4. Sabrá realizar correctamente la técnica de autoanálisis. Se revisará periódicamente dicha técnica para detectar y corregir posibles errores que podrían alterar los resultados.
5. Registrará, tras cada análisis, la fecha, la hora, el valor de glucemia y si ésta es preprandial o posprandial.
6. Sabrá cómo registrar los cambios en el régimen terapéutico o estilo de vida (cambios de medicación, celebraciones, ejercicio no habitual, enfermedades, etc.) cuando se dé alguna de estas circunstancias.
7. Conocerá cuáles son las cifras de glucemia «normales» según sus características personales y el momento del día.
8. Sabrá qué factores pueden alterar esas cifras para asociarlos con posibles desviaciones de la «normalidad».
9. Sabrá cuándo y cómo realizar modificaciones efectivas en su estilo de vida para mantener la glucemia dentro de los objetivos individuales de control metabólico.
10. Sabrá cuándo y cómo realizar los cambios de medicación pactados con el médico de acuerdo con pautas preestablecidas.

Si nuestro objetivo como profesionales de la salud es conseguir que el usuario alcance el máximo nivel de autocuidado, deberíamos reflexionar y preguntarnos si los pacientes a quienes estamos facilitando las ti-

ras están obteniendo el máximo beneficio del autoanálisis. Las tres preguntas siguientes pueden servir como punto de partida para esta reflexión:

1. ¿Están incluidos estos 10 objetivos en el programa de educación para la salud que estamos ofreciendo al diabético usuario de tiras reactivas?
2. ¿Incluimos en dicho programa educativo a todos los diabéticos en el momento de «prescribirles» la realización de autoanálisis?
3. ¿Estamos seguros de que nuestros usuarios de tiras reactivas han alcanzado los 10 objetivos anteriores?

Solamente si podemos responder afirmativamente a las tres preguntas estaremos en condiciones de afirmar que estamos haciendo un uso óptimo de los recursos destinados a la dispensación de tiras reactivas para el diabético.

**J. Sánchez-Monfort
e I. Sánchez-Jover**

Consulta de Enfermería. Consultorio de Churra. Murcia. España.

1. Grimaldi A, Sachon C. Autosurveillance glycémique au cours du diabète de type 2: pour qui et pour quoi faire? Quelles preuves? Diabetes Metab. 2003;29:S42-6.
2. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ed Masson-Salvat; 1993.
3. Ecurra Loyola A. Curso de formación sobre el cuidado del paciente diabético. Autocontrol y autocuidado. Barcelona: Ed. Doyma; 1998.

Consideraciones sobre la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria de Madrid

Sr. Director: Hemos leído con detenimiento el interesante trabajo sobre calidad de vida profesional (CVP) de Jubete et al

Palabras clave: Diabetes mellitus. Gestión. Educación sanitaria.

Palabras clave: Atención primaria. Calidad de vida profesional. Personal sanitario.

recientemente publicado¹. En él se hace referencia a un estudio realizado en el año 2000 sobre la satisfacción laboral de los profesionales del Área 10 de atención primaria (AP) de Madrid² y, sin embargo, no se menciona un trabajo posterior sobre calidad de vida profesional (CVP) realizado también en el Área 10 y que utiliza el mismo instrumento de medida, el cuestionario validado para AP CVP-35³. Dada la similitud en el objetivo, el diseño, el ámbito y las mediciones, consideramos enriquecedor realizar algunas consideraciones comparativas. Nuestra tasa de respuesta al cuestionario autocumplimentado fue menor que la del Área 1 (el 57,5% frente al 64,2%), a pesar de ser un área sanitaria más pequeña y haber utilizado mecanismos para minimizar la no respuesta, pero no podemos valorar las características sociodemográficas comparativas de la población respondedora al no presentarlas Jubete et al como resultado.

La percepción media de la CVP es superior entre los profesionales del Área 10 (5,28 frente a 4,66), aunque ambas están en el límite bajo de lo que puede considerarse aceptable. Resulta llamativo el hecho de que en nuestra área son los médicos los que perciben peor CVP y los auxiliares de clínica los que mejor, mientras que en el Área 1 es el grupo de auxiliares administrativos y de enfermería, celadores e higienistas den-

tales el que refiere peor CVP global. La media del factor «apoyo directivo» es superior en el Área 10 (4,70 frente a 4,66), mientras que son menores las medias de los factores «motivación intrínseca» (6,96 frente a 7,16) y «carga de trabajo» (5,94 frente a 6,45) en nuestra área. A pesar de estas diferencias, se puede comprobar la similitud, en ambas áreas sanitarias, en los ítems de mayor puntuación («capacitación para el trabajo que realizo», «cantidad de trabajo» e «importancia del trabajo que realizo») y menor puntuación («posibilidad de promoción», «mi empresa trata de mejorar mi calidad de vida» y «reconocimiento de mi esfuerzo»).

A pesar de las limitaciones de ambos estudios, queda una vez más de manifiesto que los profesionales de atención primaria de nuestra comunidad no perciben que sus directivos ni la organización a la que pertenecen se aproximen a sus necesidades de participación y reconocimiento, que las cargas de trabajo son vividas como elevadas y que la principal motivación de los profesionales es la intrínseca. Los datos referidos a aspectos laborales negativos, sobrecarga de trabajo, escaso reconocimiento profesional y falta de identificación con la empresa se relacionan con insatisfacción y desarrollo de *burnout*⁴. Coincidimos con Jubete et al en la opinión de que el desgaste profesional y el deterioro de la atención

prestada serán la evolución natural de la merma continua de la CVP en atención primaria si la organización sanitaria no toma en consideración la opinión de sus profesionales e introduce las medidas correctoras necesarias con cambios eficientes de estilo directivo y aumento de recursos.

R. Álvarez-Nido^a, R. Sánchez-González^a y M.S. Lorenzo-Borda^b

^aEAP San Blas. Parla. Área 10 Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España. ^bEAP Centro II. Getafe. Área 10 Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

1. Jubete MT, Lacalle M, Riesgo R, Cortés JA, Mateo C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Aten Primaria*. 2005;36:112-4.
2. Fernández MI, Omínelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2000;74:139-47.
3. Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *MEDIFAM*. 2003;13:291-6.
4. Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000;7 Supl 7:53-68.

AGENDA

Simposios • Coloquios • Conferencias • Seminarios

**Red Española de Atención Primaria
XI Jornadas de la REAP
Farmacovigilancia en Atención
Primaria**
«Tarjeta amarilla: una herramienta común»
Zaragoza, 2 y 3 de junio de 2006
Sede: Colegio Oficial de
Farmacéuticos de Zaragoza.

Avda. Tenor Fleta, 57-C, 1.º. 50008
Zaragoza.
Secretaría Técnica: Viajes Iberia.
C/ Arzobispo Doménch, 5.
50006 Zaragoza. España.
Tel.: 976 220 387.
Fax: 976 222 579.
Correo electrónico:
zaragoza.domenech5@viajesiberia.com
www.viajesiberiacongresos.com