

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN RELACION CON LA DIABETES

Attitudes of Health Care Professionals Towards Diabetes

Dr. Daniel Figuerola

y el Grupo de Estudio de Educación Terapéutica de la Sociedad Española de Diabetes (Concepción Bande, Juan José Barbería, Sonia Gaztambide, Ester Gil, Josep M^a Hernández, Javier Hurtado, Marina Paretas, Adela Rovira, Lurdes Saez de Ibarra)

AV DIABETOL 199;15:25-33

Resumen

FUNDAMENTO:

Las creencias que los profesionales de la salud tienen sobre la diabetes y las actitudes que adoptan frente a la misma condicionan - tanto o más que los conocimientos biomédicos - los resultados asistenciales, y deben ser investigadas para mejorar calidad de la asistencia prestada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha distribuido una encuesta de actitudes - escala de 1 a 5 - que consta de 31 preguntas en ocho bloques temáticos (entrenamiento especial, control y complicaciones, autonomía del paciente, cumplimiento terapéutico, equipo asistencial, diabetes tipo 2, dificultades para el tratamiento, educación ambulatoria) a 274 profesionales de enfermería y 270 de medicina que tratan habitualmente a diabéticos.

RESULTADOS:

Las actitudes más favorables han sido hacia la relación entre control y complicaciones (enfermeras 4.56, médicos 4.54), la necesidad de formación especializada (4.33 y 4.23), el equipo asistencial (4.17 y 3.76), la importancia de la diabetes tipo 2 (3.65 y 3.70) y la educación ambulatoria (3.72 y 3.41), y las más desfavorables hacia la autonomía del paciente (3,28 y 2.81), el cumplimiento terapéutico (3.04 y 2.70) y el reconocimiento de las dificultades para el tratamiento (2.77 y 2.86). El personal de enfermería adopta una actitud más favorable que el de medicina en cuatro bloques: autonomía del paciente ($p = 0.000$), equipo asistencial ($p = 0.000$), cumplimiento terapéutico ($p = 0.000$) y educación ambulatoria ($p=0.004$).

CONCLUSIONES:

Entre los profesionales de la salud que tratan diabéticos existen algunas actitudes de resistencia en aspectos relacionados con la calidad asistencial.. Estas resistencias son más evidentes entre los médicos que entre el personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE:

Diabetes, Atención para la Salud, Psicología. Summary

BACKGROUND:

The views of Health Care Professionals on diabetes and their attitudes to it influence - probably more than biomedical knowledge - the outcomes of treatment and should be investigated to improve the quality of care.

METHODS:

A survey of attitudes - measured on a scale from 1 to 5 - was distributed to 274 nurses and 270 doctors involved in the treatment of diabetic patients. The 31 questions were grouped under eight headings: specialized training, complications and control, patient autonomy, compliance, health care team, type 2 diabetes, difficulties of treatment and outpatient education.

RESULTS:

The most favourable attitudes are towards the control-complications relationship (nurses 4.56, doctors 4.54), the necessity of special training (4.33 and 4.23 respectively), health care team (4.17 and 3.76), importance of type 2 diabetes (3.65 and 3.70), outpatient education (3.72 and 3.41) and the least favourable are towards patient autonomy (3.28 and 2.81), compliance (3.04 and 2.70) and difficulties of treatment (2.77 and 2.86). Nurses adopt more favourable attitudes than doctors in four items: patient autonomy ($p = 0.000$), health care team ($p = 0.000$), compliance ($p = 0.000$) and outpatient education ($p = 0.000$). CONCLUSIONS: Health Care Professionals involved in the treatment of diabetics, adopt some uncompromising attitudes in aspects related to the quality of Health Care. These attitudes are more evident in doctors compared with nurses.

KEY WORDS:

Diabetes, Psychology, Health Care.

Para que el tratamiento de las personas con diabetes sea eficaz no es suficiente que los profesionales de la salud que se ocupan de ellas - fundamentalmente médicos y enfermeras - tengan adecuados conocimientos sobre la enfermedad. En la diabetes, como en cualquier enfermedad crónica, la persona afecta deja de ser "paciente" - como le ocurre por ejemplo en un quirófano o en una Unidad de Cuidados Intensivos - para convertirse en auténtico "agente" y gestor de su propia enfermedad. La capacidad de los profesionales de la salud para implicar a las personas afectas en esta dinámica y educarles en cuestiones básicas como el manejo de la insulina, la evención de hipoglucemias, la composición de los alimentos, la importancia del ejercicio o la prevención de complicaciones a largo término - por citar tan sólo algunos aspectos - es fundamental (1-3).

La simple observación enseña que muchos profesionales que dedican una parte importante de su tiempo al tratamiento de personas con diabetes son altamente competentes en conocimientos biomédicos de la enfermedad, pero tienen menos desarrolladas sus habilidades para empatizar con sus pacientes y promover en ellos actitudes positivas en relación al autocuidado. De hecho, en los equipos de asistencia de los Hospitales o en los Centros de Salud - en dónde existen multitud de protocolos y consensos terapéuticos para que todos los miembros adpoten posiciones parecidas - algunos profesionales consiguen mucho mejor que otros que su

s pacientes acepten la insulina como tratamiento, realicen el autocontrol de forma rutinaria y reduzcan su hemoglobina glucosilada. Las diferencias entre unos y otros no estriban en sus conocimientos sobre la diabetes, sino en su capacidad de comunicar. Algunos estudios (4,5) sugieren que las actitudes y las creencias - y no los fallos en el conocimiento - constituyen las principales barreras para la adopción de medidas favorables a la prevención. Curiosamente, mientras la importancia de la actitud de los pacientes en el control de su enfermedad está ampliamente documentada (6-12), existen en cambio muy pocas investigaciones sobre el efecto de la actitud de los profesionales sobre el cumplimiento de los modelos asistenciales (13-15).

La posibilidad de disponer de una encuesta adecuadamente validada (16) para medir las actitudes de los profesionales de la medicina en relación con la diabetes, nos pareció una excelente oportunidad para probar algunas hipótesis, hijas de la observación pero que nunca habían estado sometidas al rigor de la estadística. La hipótesis principal es que, incluso en profesionales que regularmente atienden a personas con diabetes, existen resistencias en relación con la autonomía del paciente y en general hacia lo que se ha venido a denominar el abordaje global - u "holístico" - de la enfermedad, es decir simultáneamente desde la esfera biomédica, psicosocial y educativa. El objetivo del estudio es analizar el grado y las características de estas supuestas resistencias.

MATERIAL Y MÉTODO

La encuesta DAS - Diabetes Attitude Scale - fue traducida del inglés y posteriormente contratraducida y probada en una muestra reducida de profesionales de la salud. Una vez comprobado que no existían diferencias de comprensión, se procedió a su impresión y posterior distribución - entre marzo y mayo de 1998 - entre profesionales sanitarios dedicados a la diabetes que asistieron a actividades de formación (fundamentalmente los Congresos de la Sociedad Española de Diabetes y de la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes). Las respuestas fueron anónimas, solicitándose solamente que hicieran constar el estamento profesional al que pertenecían y el lugar de trabajo.

La encuesta consta de 31 sentencias agrupadas en ocho bloques temáticos: 1.- entrenamiento especial (preguntas 1 a 7); 2.- control y complicaciones (preguntas 8 a 11); 3.- autonomía del paciente (preguntas 12 a 16); 4.- grado de cumplimiento - compliance - (preguntas 17 a 19); 5.- equipo asistencial (preguntas 20 a 23); 6.- diabetes tipo 2 (preguntas 24 a 26); 7.- dificultades para el tratamiento (preguntas 27 a 29); y 8.- educación a pacientes ambulatorios (preguntas 30 y 31).

En una escala de 1 a 5 el encuestado debía responder el grado de acuerdo en relación con la sentencia, desde totalmente de acuerdo - 5 - hasta totalmente en desacuerdo - 1 -, pasando por de acuerdo - 4 -, indiferente - 3- y en desacuerdo -2-. En todas la preguntas se considera que el acuerdo total es la actitud más favorable, excepto en las preguntas 11, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25 y 30 en dónde es justamente lo contrario. En los

cálculos matemáticos se han invertido las escalas de estas nueve preguntas, de modo que siempre cuando más elevada es la nota media, más favorable es la actitud.

Para evitar muestras demasiado pequeñas, se han agrupado las respuestas de todos los médicos - independientemente del lugar de trabajo y si se trataba o no de especialistas - y también las de todas las enfermeras, independientemente de si trabajaban en medio hospitalario o ambulatorio. Por el mismo motivo, en el cálculo estadístico se han agrupado las respuestas para cada bloque de preguntas en tres categorías: favorable (de acuerdo y totalmente de acuerdo), indiferente y desfavorable (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo).

Para el cálculo estadístico se ha aplicado el test de chi cuadrado para medidas no paramétricas.

RESULTADOS

Se han obtenido 544 encuestas adecuadamente cumplimentadas, 274 procedentes de personal de enfermería y 270 de profesionales de la Medicina. El enunciado de la sentencia y las respuestas a cada una de ellas se muestran en las tablas 1-8, considerando la frecuencia relativa de las respuestas en cada una de las cinco opciones y la nota media final.

En la figura 1 se representa la nota media obtenida por ambos colectivos profesionales según los distintos bloques. Finalmente, la tabla 9 muestra la frecuencia relativa de las respuestas (en las tres categorías de favorable, indiferente y desfavorable) agrupadas por bloques temáticos, así como la diferencia estadística observada entre los dos estamentos profesionales según sus respuestas.

DISUSIÓN

Los resultados no tienen la pretensión de representar las actitudes de los profesionales españoles de enfermería y medicina hacia la diabetes. Es evidente que la muestra es relativamente escasa y su obtención suficientemente sesgada como para no tener otra pretensión que la de afirmar que lo único que traducen es lo que esta muestra en concreto piensa. No obstante, los resultados en sí mismos - que evidencian ciertas resistencias en profesionales probablemente más motivados que la media si se tiene en cuenta que participaban en programas de formación -, las significativas diferencias entre los dos colectivos profesionales y el hecho de que no exista ningún estudio de estas características en nuestro medio, creemos que merecen el interés de su publicación.

El contenido de la escala de actitudes fue elaborado por un panel de expertos que incluía a médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos y diabéticos. El criterio que utilizaron para definir que una determinada actitud de los profesionales es favorable o desfavorable es lógicamente arbitrario y puede ser discutido. No obstante, los autores de este artículo en términos generales asumimos como propios estos criterios y creemos que son ampliamente compartidos por los equipos multidisciplinares que trabajan en el abordaje integral de la diabetes.

En términos generales la encuesta arroja una actitud global relativamente favorable para que los resultados asistenciales en la diabetes sean apropiados en nuestro medio con una nota media global de alrededor de 3.5, similar a la obtenida en profesionales norteamericanos (14,16). Existen no obstante evidentes resistencias en algunos campos y francas diferencias entre los dos colectivos profesionales estudiados que merecen algunas consideraciones.

La necesidad de un entrenamiento especial - bloque 1 - es ampliamente compartida por todos los encuestados y alcanza una de las máximas valoraciones en esta encuesta con una nota media claramente superior al 4. Prácticamente nadie discute la necesidad de una formación continuada (pregunta 4) ni tan sólo el entrenamiento en técnicas de comunicación y pedagogía (preguntas 1 a 3). Esto es especialmente interesante si se tiene en cuenta que en nuestro medio, los estudios de pre-grado en general no disponen de una formación en estas disciplinas y los profesionales deben buscar esta formación en el post-grado, cuando el ejercicio profesional les pone en evidencia la necesidad. La concurrencia a cursos y seminarios sobre educación de pacientes es cada vez más usual - mucho más por parte de enfermería que de medicina -, en términos generales, los asistentes son aquellos que ya tienen una mayor sensibilidad y, a menudo, mejores habilidades. No es de extrañar por tanto la alta valoración de este bloque, si se tiene en cuenta que la mayoría de los encuestados eran alumnos de estos programas docentes.

La máxima valoración de la encuesta la alcanza el bloque de control y complicaciones. Profesionales de medicina y enfermería coinciden plenamente en la toxicidad de la hiperglucemia y en la posibilidad de una prevención secundaria eficaz. Sin duda los resultados de los estudios de DCCT (17) y UKPDS (18) han sido determinantes en este convencimiento generalizado, ya que por ejemplo esta valoración es más alta que la obtenida en las primeras encuestas del DAS (14,16).

El concepto de autonomía del paciente - bloque 3 - coincide con el de la autogestión de la enfermedad (19), según el cual la función de los profesionales sanitarios debe ser facilitar el aprendizaje de los pacientes para que dispongan del criterio suficiente para decidir, en relación con el tratamiento de su enfermedad, qué desean obtener y cómo quieren hacerlo. Es interesante comprobar que éste es uno de los campos en dónde

se observan mayores resistencias - y por tanto actitudes desfavorables - por parte de los profesionales, muy especialmente por parte de los médicos que alcanzan una nota media inferior a 3. Cerca de la mitad de los médicos niegan el derecho del paciente a decidir sus objetivos de tratamiento y los recursos a utilizar (preguntas 12 y 13), mientras que nada menos que más de la mitad de los mismos y la tercera parte del personal de enfermería opina que los pacientes no deben tomar decisiones sobre el manejo de su enfermedad (preguntas 14 y 16). Estas actitudes implican una posición claramente paternalista en la relación médico (enfermera) - paciente, muy extendida en nuestro medio y que no favorece precisamente la maduración del alumno y, por ende, su autonomía. Estas resistencias - especialmente en el caso de los médicos - traducen con toda probabilidad el miedo a la pérdida de autoridad y del rol tradicional.

En relación con el cumplimiento - bloque 4 - los resultados arrojan asimismo actitudes poco favorables en ambos colectivos de nuevo con predominio del de los médicos, cerca la mitad de los cuales cree nada menos que el control de la diabetes es lo más importante en la vida de los pacientes (pregunta 18). Es difícil interpretar estas posiciones como no sea recurriendo a la idea de la deformación profesional y la excesiva "medicalización" del ejercicio de la medicina. Parece como si muchos profesionales creyeran que tratan enfermedades que anidan en determinadas personas en lugar de personas que sufren determinadas enfermedades. Más del 40 % de los médicos y el 20 % del personal de enfermería cree que la utilización del miedo a las complicaciones (pregunta 19) facilita el cumplimiento de las prescripciones, reflejando la utilización frecuente del "terrorismo verbal" como elemento supuestamente motivador.

En términos generales, la actitud de los profesionales es favorable a la creación de equipos asistenciales - bloque 5 -, que permiten un abordaje del paciente desde distintos puntos de vista complementarios con una indudable mejora en los resultados sobre el control de la enfermedad y la satisfacción de los pacientes (20). De nuevo existen diferencias entre el personal de enfermería y el de medicina, que muestra mayor grado de resistencias, probablemente por la supuesta pérdida de competencias. No es excepcional que algunos médicos - especialmente los no jóvenes - vean con recelo el progresivo aumento de responsabilidades por parte de enfermería en el control de pacientes diabéticos. No es fácil explicarse porqué el 20 % del personal de enfermería no es favorable a la idea del equipo asistencial y aun menos comprender cómo es posible que uno de cada diez médicos piense que no necesita la ayuda de nadie para tratar diabéticos (preguntas 20, 22 y 23) o que el 40 % de los mismos no sea favorable a la presencia de dietistas en el equipo (pregunta 21).

La diabetes no insulino dependiente - bloque 6 - goza afortunadamente entre los encuestados de bastante mala prensa si se nos permite la expresión, es decir que parece que en general no se banaliza a la enfermedad con expresiones del tipo "sólo tiene un poco de azúcar", como sucedía a menudo tiempo atrás.

La creencia de que tratar diabéticos es difícil - bloque 7 - es sorprendentemente baja en ambos colectivos profesionales con una nota media de algo menos de 3 y muy ligeras diferencias entre médicos y enfermeras. Es probable que el concepto de frustración sea más fuerte en castellano que en inglés, pero que en esta muestra menos de un 10 % de los profesionales reconozcan que tratar diabéticos es una actividad frustrante nos deja algo atónitos y - si se nos permite una digresión psicoanalítica gratuita - diríamos que es la respuesta de lo que creemos que debería ser en lugar de lo que realmente es. Tratar pacientes crónicos en general es una de las actividades sanitarias más difíciles y que más "queman" (21) y ser consciente de ello es lo que más puede contribuir a evitarlo.

Finalmente creemos que la utilización de este tipo de cuestionarios de actitudes -especialmente el de la última versión recientemente publicada (22), que puede aplicarse también a pacientes - es de gran utilidad para el desarrollo de estrategias destinadas a mejorar la formación de médicos y enfermeras en el tratamiento de personas afectas de enfermedades crónicas, actividad que es cada vez más la primordial - y a menudo la única - de muchos profesionales de la salud.

Agradecimientos

A **Isabel Rojas** por la tabulación de datos y el cálculo estadístico.

A **Elena López** y **Isabel Martín** por su ayuda en la recogida de datos.

A **Enrique Reynals** por su asesoramiento.

A los **Laboratorios Servier**, patrocinadores del grupo de estudio.

Referencias bibliográficas

- 1.- Lacroix A, Assal J-Ph. L'education thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladies chronique. Éditions Vigot. Paris, 1998.
- 2.- Golin CE, Dimatteo MR, Gelberg L: The role of patient participation in the doctor visit: implicacions for adherence to diabetes care. Diabetes Care 1996; 19:1153-1165.
- 3.- Figuerola D. Educación de pacientes diabéticos. En Diabetes 3ª ed. Daniel Figuerola, pgs 235-250. Masson SA. Barcelona, 1998.
- 4.- Weiberger M. Cohen SJ, Mazzuca SA: The role of physicians knowledge and attitudes in effective diabetes management. Soc Sci Med 1984; 19:965-969.
- 5.- Anderson RM, Donnelly MB, Davis WK: Controversial beliefs about diabetes and its care. Diabetes Care 1992; 15:859-863

- 6.- Cox DJ, Gonder-Frederick L: Major developments in behaviour diabetes research. J Consult Clin Psychol 1992; 60:-628-638
- 7.- Lorenz RA, Bubb J, Davis D, Jacobson A, Janasch K, Kramer J et al. Changing behaviour: practical lessons from the Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes Care 1996; 19:648-653
- 8.- Lennon GM, Taylor KG, Debney L, Bailey CJ. Knowledge, attitudes, technical competence and blood glucose control during and after an education programme. Diabetic Medicine 1990; 7: 825-832
- 9.- Day JL, Bodmer CW, Dunn OM. Development of a questionnaire identifying factors responsible for successful self-management of insulin-treated diabetes. Diabetic Medicine 1996; 13:564-573
- 10.- Giles DE, Strowing SM, Challis P, Raskin Ph. Personality traits as predictors of good diabetic control. J Diab Comp 1992; 6: 101-104
- 11.- Jacobson AM, Adler AG, Wolfsdorf JL, Anderson B, Derby L: Psychological characteristics of adult with IDDM. Comparison of patients in poor and good control. Diabetes Care 1990; 13:375-381.
- 12.- Herskowitz Dumont R, Jacobson AM, Cole C, Hauser ST.... Psychological predictors of diabetes in youth. Diabetic Medicine 1995; 12:612-619. 13.- Marteau TM, Baum JD. Doctors' views on diabetes. Arch Dis Child 1984; 59:566-570
- 14.- Anderson RM, Donnelly MB, Dedrick RF, Gressard CP. The attitudes of nurses, dietitians and physicians towards diabetes. Diabetes Educ 1991; 17:261-268 15.- Larme AC, Pugh JA. Attitudes of Primary Care Providers towards diabetes. Barriers to guideline implementation. Diabetes Care 1998; 21: 1391-1396
- 16.- Anderson RM, Donnelly MB, Gressard CP, Dedrick RF. Development of Diabetes Attitude Scale for Health-Care Professionals. Diabetes Care 1989; 12:120-127
- 17.- Control and Complications Trial Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression on long term complications in IDDM. N Engl J Med 1993; 329: 977-986.
- 18.- UK Prospective Diabetes Study. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837-853.
- 19.- Figuerola D. La comunicación con los pacientes. Editorial ACV. Barcelona, 1988.
- 20.- Larson J, Apelqvist J, Agardh C-D, Stenström A: Decreasing incidence of major amputation in diabetic patient: consequence of a multidisciplinary foot care team approach?. Diabetic Medicine 1995; 12:770-776
- 21.- Fernando Savater. El valor de educar. 7ª ed. Editorial Ariel SA. Barcelona, 1997 22.- Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Gruppen LD: The third version of diabetes attitude scale. Diabetes care 1998; 21:1403-1407

Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media	
1.- Es importante que los educadores en diabetes aprendan a enseñar técnicas a los pacientes.						
Medicina	83.4	13.1	2.8	0.7	0.0	4.79
Enfermería	80.5	15.7	3.8	0.0	0.0	4.76
2.- Los profesionales de la salud que tratan a las personas diabéticas precisan un entrenamiento especial en técnicas de comunicación.						
Medicina	44.1	42.9	13.0	0.0	0.0	4.31
Enfermería	69.3	24.1	5.9	0.7	0.0	4.62
3.- Para ser eficaces, los educadores en diabetes han de tener un elevado grado de conocimientos sobre el proceso de la enseñanza y el aprendizaje						
Medicina	31.8	45.2	19.8	3.2	0.0	4.05
Enfermería	51.1	36.1	12.1	0.7	0.0	4.38
4.- La educación continuada en diabetes es absolutamente obligada para los profesionales de la asistencia sanitaria.						
Medicina	50.3	21.1	25.5	3.1	0.0	4.19
Enfermería	55.4	26.6	10.8	3.6	3.6	4.26
5.- Los profesionales de la salud dan una mejor atención a los pacientes con diabetes si tienen un entrenamiento especializado.						
Medicina	52.1	35.3	10.2	2.4	0.0	4.37
Enfermería	55.4	31.2	11.5	1.5	0.4	4.39
6.- Para proporcionar un tratamiento eficaz en el inicio de la diabetes es necesario que los profesionales reciban un entrenamiento especial.						

Medicina	34.7	35.3	24.1	5.3	0.6	3.98
Enfermería	44.6	33.3	14.3	6.2	1.6	4.13
7.- La educación profesional en diabetes debe incluir la diabetes de la vejez como algo específico						
Medicina	28.2	44.7	18.2	5.9	3.0	3.90
Enfermería	24.4	40.0	23.3	5.9	6.4	3.76
Acuerdo Total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo Total	Nota médica	
8.- Los diabéticos que tienen habitualmente mal control glucémico es más probable que tengan complicaciones que los que tienen un control estricto.						
Medicina	65.9	28.2	5.3	0.6	0.0	4.59
Enfermería	73.8	22.1	3.7	0.4	0.0	4.69
9.- Existe una relación entre la hiperglucemia crónica y el inicio de las complicaciones a largo plazo						
Medicina	71.5	19.2	7.6	1.7	0.0	4.60
Enfermería	68.7	26.1	3.8	0.7	0.7	4.62
10.- El control estricto de la diabetes disminuirá el desarrollo de las complicaciones a largo plazo						
Medicina	56.8	36.8	4.3	1.6	0.5	4.48
Enfermería	64.9	25.9	7.6	1.5	1.1	4.55
11.- No hace falta esforzarse en conseguir un control estricto de la glucemia porque las complicaciones crónicas son inevitables (*)						
Medicina	1.3	4.8	5.4	12.3	76.2	4.57
Enfermería	6.0	3.6	5.3	22.8	62.3	4.31
(*) puntuación inversa						
Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media	
12.- Las personas diabéticas deben escoger ellos mismos sus propios objetivos en el tratamiento de la diabetes.						
Medicina	4.8	18.1	23.3	15.7	38.1	2.36
Enfermería	15.8	25.6	32.3	9.4	16.9	3.14

13.- Las personas diabéticas tienen el derecho de decidir la rigurosidad de su tratamiento (elección del tipo de tratamiento, de la frecuencia de autocontroles diarios, ect) para controlar la glucosa.						
Medicina	7.8	15.6	24.2	39.7	12.7	2.66
Enfermería	15.7	18.3	25.7	18.3	22.0	2.87
14.- Las decisiones importantes de cada día en relación a la diabetes las debe tomar el propio paciente.						
Medicina	19.4	19.8	17.7	33.6	9.5	3.06
Enfermería	30.1	22.5	24.5	14.9	8.0	3.52
15.- Se debe enseñar a los diabéticos a escoger sus propias opciones de manejo (por ejemplo, tipo de régimen dietético, tipo de autoanálisis de la glucosa, pauta de insulina, etc.).						
Medicina	22.2	27.3	39.0	7.1	4.4	3.56
Enfermería	41.9	24.4	20.7	4.1	8.9	3.86
16.- Las decisiones sobre el manejo de la diabetes las debe tomar el profesional sanitario (médico/a, enfermero/a, etc) (*).						
Medicina	15.7	44.2	26.9	11.6	1.6	2.39
Enfermería	11.7	22.6	34.3	18.2	13.2	2.99
(*) puntuación inversa						
Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media total	
17.- El que las personas diabéticas no cumplan el tratamiento indica una falta de compromiso por su parte (*)						
Medicina	22.5	35.3	24.9	12.6	4.7	2.42
Enfermería	22.3	26.8	27.8	17.4	5.7	2.57
18.- El control de la diabetes debe ser lo más importante en la vida de las personas diabéticas (*).						
Medicina	18.5	28.7	25.7	15.3	11.8	2.73
Enfermería	10.1	19.0	34.9	22.3	13.7	3.10
19.- Hablar a las personas diabéticas de complicaciones les asustará y seguirán mejor el tratamiento(*).						
Medicina	6.7	34.4	25.7	23.7	9.5	2.95
Enfermería	6.1	14.0	30.3	27.3	22.3	3.46
(*) puntuación inversa						

Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media	
20.- Para proporcionar a los pacientes información suficiente sobre su enfermedad, los médicos precisan de la ayuda de otros profesionales sanitarios.						
Medicina	28.7	50.1	13.0	4.3	3.5	3.96
Enfermería	67.4	20.4	8.9	2.2	1.1	4.42
21.- Los médicos deben utilizar la experiencia del dietista para tratar a las personas diabéticas.						
Medicina	22.9	36.0	35.6	3.9	1.6	3.75
Enfermería	47.2	34.3	12.6	4.2	1.7	4.21
22.- Los médicos deben utilizar la experiencia de un/a enfermero/a educador/a para tratar a las personas diabéticas.						
Pregunta 22	Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media
Medicina	32.9	27.8	29.4	7.5	2.4	3.81
Enfermería	62.8	24.3	11.0	0.8	1.1	4.46
23.- El tratamiento básico (elemental) de la diabetes no precisa un equipo de asistencia diabetológica (*).						
Medicina	10.0	12.7	17.1	35.1	25.1	3.52
Enfermería	12.4	14.7	14.3	19.3	39.3	3.58
(*) puntuación inversa						
Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media	
24.- La diabetes que puede controlarse con pastillas es una enfermedad leve, relativamente benigna (*).						
Medicina	4.0	7.2	14.0	33.6	41.2	4.01
Enfermería	5.7	12.5	13.6	24.1	44.1	3.88
25.- La diabetes tipo 2 (no insulino dependiente) es una enfermedad menos grave que la diabetes tipo 1 (insulino dependiente) (*).						
Medicina	8.0	8.9	14.1	30.9	38.1	3.83
Enfermería	7.6	15.2	14.5	21.6	41.1	3.73
26.- La diabetes que puede ser controlada solamente con dieta no dará lugar a muchas complicaciones a largo plazo (*).						
Medicina	8.0	16.5	36.5	18.5	20.5	3.27

Enfermería	7.5	22.0	24.2	22.4	23.9	3.33
(*) puntuación inversa						
Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media	
27.- Es difícil – para los profesionales sanitarios – influir sobre las personas diabéticas para que cuiden de sí mismas.						
Medicina	8.1	41.5	23.8	18.9	7.7	3.24
Enfermería	14.0	29.4	37.0	12.8	6.8	3.31
28.-Para profesionales sanitarios, es frustrante tratar pacientes diabéticos.						
Medicina	4.1	3.3	15.1	46.1	31.4	2.03
Enfermería	4.1	5.6	16.1	24.3	49.9	1.90
29. - En general, las personas diabéticas no siguen el tratamiento como debieran						
Medicina	24.4	19.6	26.7	21.5	7.8	3.31
Enfermería	10.5	24.0	39.7	17.2	8.6	3.11
Acuerdo total	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Desacuerdo total	Nota media	
30.- Cuando se precisa insulina, las personas diabéticas requieren hospitalización para facilitar una enseñanza eficaz (*)						
Medicina	2.0	14.0	26.8	23.2	34.0	3.73
Enfermería	6.2	5.4	8.5	21.9	58.0	4.20
(*) puntuación inversa						
31.-La educación del paciente diabético es más eficaz cuando se hace ambulatoriamente.						
Medicina	14.5	20.1	32.7	24.6	8.1	3.09
Enfermería	19.1	22.5	33.6	14.1	10.7	3.25
Bloque temático	Población Encuestada	Porcentaje de respuestas	Chi-Cuadrado	Valor p		

		Favorable	desfavorable		
Entrenamiento especial	Medicina	79.6	3.7	2.853	0.240
	Enfermería	84.0	4.5		
Control y complicaciones	Medicina	91.1	3.2	0.090	0.956
	Enfermería	91.1	3.7		
Autonomía del paciente	Medicina	29.4	44.1	20.441	0.000
	Enfermería	45.1	27.4		
Cumplimiento	Medicina	25.8	48.8	14.216	0.000
	Enfermería	36.0	32.8		
Equipo asistencial	Medicina	64.4	11.5	15.016	0.000
	Enfermería	78.6	9.6		
Diabetes no insulino dependiente	Medicina	60.8	17.6	3.212	0.201
	Enfermería	59.2	23.4		
Dificultades para el tratamiento	Medicina	34.1	43.9	5.582	0.063
	Enfermería	29.3	39.8		
Educación de pacientes ambulatorios	Medicina	46.0	24.4	11.218	0.004
	Enfermería	60.4	18.5		

Pies de Figura

Figura 1.- Nota media obtenida por el colectivo de medicina y el de enfermería en cada uno de los bloques temáticos.