Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad

CRISTINA MORENO[a], ANNA SÁNCHEZ[b], MARÍA FEIJOO[c], ELISA BERNAT[c], ÀNGELS FONS[c] Y ANNA PUJOL[c]

[a]Enfermera. CAP d'Infermeria. Servei d'Atenció Primària de Sabadell. Sabadell. Barcelona.
[b]Enfermera adjunta de Enfermería. Servei d'Atenció Primària de Sabadell. Sabadell. Barcelona.
[c]Enfermera. Servei d'Atenció Primària de Sabadell. Sabadell. Barcelona. España.

Resumen

Objetivo. Comprender las actitudes, comportamientos, creencias y conocimiento de la enfermedad en las personas diagnosticadas de diabetes tipo 2, así como comprender qué esperan de los profesionales sanitarios respecto al soporte y ayuda en el control de su enfermedad.

Diseño. Estudio cualitativo, con un diseño interpretativo de tipo hermenéutico.

Emplazamiento. La investigación fue realizada en el primer semestre del año 2001 y la población estudiada procedía de Sabadell, población urbana de la provincia de Barcelona.

Participantes. Un total de 21 pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2, atendidos en centros de atención primaria.

Método. Análisis de contenido de 21 entrevistas semiestructuradas realizadas en el domicilio. La validez del análisis fue asegurada mediante su revisión por varios miembros del equipo investigador.

Resultados. La diabetes es una enfermedad socialmente aceptada. Los pacientes se sienten más o menos diabéticos según sean tratados o no con insulina. La pérdida que consideran más importante es no poder comer ciertas cosas. Los diabéticos diferencian entre los conocimientos que ellos necesitan y los que han de tener los profesionales. El principal apoyo del diabético es la familia, seguido del de los profesionales sanitarios.

Conclusiones. Los planes educativos han de ir muy relacionados con las demandas reales de las personas diabéticas. Éstas esperan de los profesionales sanitarios, además de los conocimientos propios de la enfermedad, ser atendidas con valores éticos y de apoyo.

Palabras clave: Diabetes tipo 2. Creencias. Actitudes. Conocimientos. Valores. Investigación cualitativa.

Patients' beliefs, attitudes and knowledge of type 2 diabetes

Objective. To identify patients' attitudes, behaviors, beliefs and knowledge regarding diabetes type 2, as well as to identify their expectations of the support and help provided by health professionals in controlling their disease.

Design. We performed a qualitative study with an interpretative hermeneutic design.

Setting. The study was performed in the first semester of 2001 in a population from Sabadell, an urban area in the province of Barcelona (Spain).

Participants. Twenty-one patients with a diagnosis of diabetes type 2 managed in primary care centers participated in this study.

Method. The contents of 21 semi-structured interviews administered in the interviewees' homes were analyzed. The analysis was reviewed by several members of the research team to ensure its validity.

Results. Diabetes is a socially accepted disease. Patients feel themselves to be more or less diabetic according to whether they are treated with insulin or not. Their greatest loss is not being able to eat certain foods. Patients with diabetes distinguish between the knowledge they need to have and that of health professionals. Diabetics' main support is the family, followed by health professionals.

Conclusions. Health education plans should be closely related to diabetics' real needs. Patients

Correspondencia: C. Moreno.
Ctra. de Barcelona, 473. 08203 Sabadell. Barcelona. España.
Correo electrónico: cristina.moreno@sabadell.scs.es

Aceptado para su publicación el 5-04-2004.

expect health professionals to treat them with ethical and creative values, as well as to have knowledge of their disease.

Key words: Diabetes type 2. Beliefs. Attitudes. Knowledge. Values. Qualitative research.

Introducción

La diabetes mellitus es uno de los problemas de salud crecientes en todos los países, y una de las causas principales de morbimortalidad e invalidez. La última prevalencia conocida de diabetes mellitus tipo 2 en la población de Cataluña de 30 a 89 años data de 1994 y era del 10,3%[1]. Es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y se encuentra entre las primeras causas de morbilidad atendida. Por todo ello, la diabetes es una de las enfermedades crónicas que consume gran cantidad de recursos sanitarios y a la que los profesionales sanitarios de los centros de atención primaria dedican una considerable parte de su tiempo.

Actualmente, la atención a los pacientes diabéticos implica la dedicación de importantes recursos sanitarios en el ámbito educativo, que no siempre obtienen los resultados esperados respecto a la mejora del cumplimiento terapéutico y a la prevención de complicaciones.

La tradición en investigación de los últimos 20 años demuestra que los modelos educativos unidireccionales e informativos mejoran los niveles de conocimientos del paciente, sin que esto conlleve un cambio en las prácticas de salud[2,3]. A pesar de esta evidencia, aún hoy numerosos programas educativos se limitan a proporcionar información y explicar al paciente lo que debe hacer.

Una vez constatado el fracaso de esta modalidad de educación sanitaria, es manifiesto que los procedimientos educativos deben ser seriamente reconsiderados si queremos que la promoción de hábitos de vida saludables se traduzcan en cambios de comportamiento[4]. Desde los años ochenta, numerosos autores proponen entender la educación sanitaria como una actividad procesual, en cuanto que debe ser considerada como una intervención orientada a facilitar a los individuos la definición de sus objetivos y necesidades a partir de un análisis de su entorno; es decir, un aprendizaje planificado y ajustado a las necesidades de cada persona y familia e integrado en el proceso terapéutico global. De esta manera, se procurará una asistencia eficaz, satisfactoria y coherente atendiendo a los distintos valores, creencias y modos de vida del usuario[5]. Se trata de un cambio importante que propone pasar del modelo educativo informativo a la educación participativa o capacitadora[6-8]. En este mismo sentido, autores como Gafvels[9] señalan que los cuidados de salud de la persona diabética podrían mejorarse si la educación fuera más individualizada y adaptada a la experiencia personal del paciente y a sus necesidades psicológicas.

Las personas con diabetes comparten la misma enfermedad, pero el significado de ésta en la vida de cada una es único y diferente, ya que las creencias, valores y actitudes individuales influyen en la conducta y, por tanto, en la adhesión al plan terapéutico.

Los profesionales esperamos que los pacientes cambien comportamientos, pero es evidente que para ello se requiere por parte del profesional sanitario un mayor conocimiento y comprensión del proceso que está viviendo la persona y mejorar la relación sanitario-paciente, no estableciéndola desde el "saber" profesional sino teniendo en cuenta la estructura social, los valores, creencias y entorno del paciente y estableciendo con éste un proceso de diálogo.

Pero para dialogar hay que entender al otro, y es en este sentido que Coates[10] propone aproximaciones de investigación alternativas que nos ayuden en las intervenciones educativas, señalando que en la medida que tratamos con personas y no con enfermedades, las metodologías cualitativas son básicas para promover nuestra mayor comprensión de la persona y su conducta.

El presente estudio tiene como objetivo aportar elementos comprensivos de las actitudes, comportamientos, creencias y conocimiento de su enfermedad de las personas diagnosticadas de diabetes tipo 2, así como saber qué esperan de los profesionales sanitarios respecto al soporte y ayuda en el control de su enfermedad.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo con el fin de examinar las experiencias y las perspectivas individuales de las personas con diabetes, eligiéndose un diseño interpretativo de tipo hermenéutico. Una perspectiva interpretativa pretende la comprensión de la acción humana. A diferencia de otros enfoques interpretativos que entienden la comprensión como un hecho puntual, el enfoque hermenéutico entiende la comprensión como parte integrante de la estructura básica del ser humano. Dicha comprensión se produce en el contexto del diálogo y la participación, por lo que el significado se considera negociado y no construido[11]. La investigación fue realizada en el primer semestre del año 2001 y la población estudiada procedía de la ciudad de Sabadell, población urbana de la provincia de Barcelona.

Diseño muestral

Se diseñó una muestra teórica de 32 personas con diabetes tipo 2, diagnosticadas ≥ 3 años antes del inicio del estudio, atendidas en dos áreas básicas de sa-

lud y en la consulta de endocrinología del Centro de Atención Primaria II de Sabadell. Se segmentó la muestra en 2 grupos de 16 informantes según clase social, dado que se trabajó con el criterio de que los discursos y el tipo de demandas a los profesionales sanitarios podrían ser diferentes según la clase social. En el primer grupo se incluyó a las clases sociales medias y las menos favorecidas (clases III, IV y V según la clasificación propuesta por el Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria[12]), y en el segundo, las clases más favorecidas (clases I y II de la citada clasificación). Por otro lado, se consideró que la vivencia de la enfermedad podría ser diferente en los que eran tratados con insulina respecto a los que no precisaban insulina, y que el grado de repercusión de la diabetes en sus vidas podría diferir de los que tenían una vida laboral activa respecto a los que no la tenían. En este sentido, y con el fin de recoger la diversidad de discursos y en función de garantizar la suficiencia de la información, se incluyó en la muestra a personas de ambos sexos con diabetes de las diferentes tipologías diseñadas.

Se excluyó a las personas que presentaban complicaciones invalidantes, como por ejemplo ceguera, nefropatía crónica que precisara diálisis, vasculopatía severa y/o amputaciones.

Se planificó la posible ampliación de la muestra para el supuesto de no llegar a la saturación de la información, pero en el transcurso del trabajo de campo se comprobó que los informantes de las clases sociales I y II no aportaban un discurso diferente, por lo que se alcanzó la saturación del discurso cuando se habían realizado 21 entrevistas. Las características sociodemográficas de los informantes, así como el diseño final de la muestra, se reflejan en la tabla 1.

Técnicas de recogida de información

Los datos se obtuvieron mediante la realización de entrevistas en profundidad semiestructuradas, para las que se elaboró una guía de la entrevista. El carácter abierto de las respuestas, así como la total libertad del entrevistador para adaptar la guía al informante y profundizar en las respuestas, garantizaron la fluidez y libertad en la expresión de los discursos de los informantes.

Los informantes fueron seleccionados a partir de las historias clínicas de atención primaria, de las que se recogieron los datos sociodemográficos y la información respecto de la enfermedad, y fueron invitados a participar en el estudio mediante una carta institucional personalizada, confirmándose su participación con un recordatorio telefónico posterior. Ninguna de las personas seleccionadas rechazó participar. Los informantes fueron entrevistados en su domicilio, aspecto que aumentó la neutralidad y confidencialidad de las respuestas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente, previa autorización de los informantes y con garantía de confidencialidad. Los entrevistadores eran miembros del equipo investigador, entrenados en técnicas de entrevista, que no formaban parte de los profesionales asistenciales de los participantes en el estudio.

TABLA 1. Diseño muestral y características sociodemográficas de los informantes

	Clases sociales			
	Clases III, IV y V		Clases I y II	
	Con insulina	Sin insulina	Con insulina	Sin insulina
Con actividad laboral				
Mujeres < 65 años	2	1		1
Varones < 65 años	2	3	2	1
Sin actividad laboral				
Mujeres < 65 años	1	2		1
≥ 65 años	1			
Varones ≥ 65 años	1	3		
Total	7	9	2	3

Análisis de los datos

Se realizó un análisis de contenido de los datos textuales obtenidos en las entrevistas. El análisis fue realizado de forma manual. En primer lugar se procedió a la segmentación de los textos. Los temas que definieron la segmentación fueron: significado de la enfermedad en la vida de los diabéticos, significado social de la diabetes, comprensión de la enfermedad, repercusiones positivas y negativas de la diabetes en sus vidas, sentimientos y frustraciones provocados por la enfermedad, percepción sobre el nivel de gravedad de la enfermedad, valoración del apoyo recibido y la actuación del sistema sanitario.

Este catálogo de temas fue diseñado *a priori* de acuerdo con estudios previos[13,14] y la experiencia e intereses del grupo investigador, y ampliado con los temas emergidos en los discursos. Una vez segmentados los textos por los temas citados, se procedió a establecer categorías y propiedades de éstas que fueran la base de los elementos interpretativos conceptuales y del marco explicativo. Con el objetivo de mejorar el rigor del análisis, éste fue sometido a revisión por varios miembros del equipo investigador, que analizaron posibles sesgos e inconsistencias. Es necesario señalar que no se han localizado estudios similares para poder discutirlos en esta sección.

Resultados

Respecto al significado de la enfermedad en la vida de los diabéticos, cuyos datos se expresan en la tabla 2, éste es importante porque obliga a introducir cambios, normas y reglamentaciones permanentes

TABLA 2. Significado de la diabetes en sus vidas

Impacto del diagnóstico y del tratamiento

"Una cosa que no se cura…" "esto es para toda la vida…" "la llevas siempre encima, siempre la tienes…"

"Toda mi vida trabajando como un animal y ahora, me cago en la mar…"

"Me tendrán que poner insulina… Dice que viviré mejor, que tendré más calidad de vida, eso de pincharme por la mañana y… (suspira) me ha dado un poco de pena y me he quedado un poco decepcionado, la verdad, pero bueno… pero creo que hay cosas peores todavía…"

"A lo primero sí, me constó mucho trabajo; ahora ya no, ya como sé lo que tengo que hacer, me lo hago muy fácilmente, porque las pastillas también hay cada día que tomárselas, ¿no?…"

"Cuando el médico me dijo que me tenía que poner insulina si no me controlaba, entonces sí que me vino todo abajo…"

"Tienes que llevar un régimen a rajatabla… y pincharte más o menos, depende…" "Eso de tener que pincharse para mí es un sacrificio grande…" "lo que más me molesta es tener que pincharme…"

Cambios en sus vidas

"Si te paras a pensar aquello de toda la vida, toda la vida haciendo régimen, que llega una fiesta y no puedes hacer lo que los demás… es una carga… es un castigo…"

"Tienes que ir siempre con aquello que si vas a un sitio tienes que decir: bueno, cómo voy a ir si tengo que ir si, por ejemplo, a una visita y te ponen a comer o te ponen algo y dices no, no, no; pues prefieres no ir antes de decir: pues no, porque tengo que comer de todo y no puedo. De hecho en las bodas elimino las posibles por no ir… Tienes que llevar la insulina a todas horas, las pastillas y… bueno, se lleva bien pero ahí está"

"Cuando eres un poco mayor ya no estás para juergas…" "… y si no hago más es porque la edad ya no me lo permite…" "si vas dejando algo es por la edad…"

"Tienes que llevar un régimen a rajatabla… y pincharte más o menos, depende…" "Eso de tener que pincharse es para mí un sacrificio grande…" "lo que más me molesta es tener que pincharme…"

"Como que no hemos notado cambios importantes, porque las comidas son las que hacía normalmente, en casa haces unas comidas muy normales…" "yo como no voy a trabajar a la calle y estoy en casa tranquila y me voy controlando y estoy bien…"

en sus vidas. La comida es el cambio más señalado por los pacientes y es valorado como la pérdida de un placer. En nuestro entorno cultural, la comida es una actividad que se incluye en el marco de las relaciones sociales. El hecho de no poder comer lo mismo que los demás es un aspecto que les recuerda constantemente las limitaciones a las que se ven sometidos, de ahí que la comida sea tan valorada por los diabéticos.

En cuanto a la socialización de la enfermedad, cuyos datos se observan en la tabla 3, está aceptada plenamente pero no asumida. Es un problema que se queda en el marco de la persona que la padece, y como mucho en su familia. La elevada prevalencia de la diabetes, el hecho de no ser una enfermedad contagiosa, su conocimiento y su difusión a través de asociaciones y publicaciones de ámbito general desde ha-

TABLA 3. Socialización de la enfermedad

Aceptación social

"Hoy ya se habla mucho, todo el mundo tiene azúcar…"

"Me ha tocado a mí como a miles de personas…"

"Supongo que si hubiese sido el sida sí lo hubiese tenido, el rechazo que se está viendo en la sociedad contra las enfermedades contagiosas… Se supone que no es contagiosa y por lo tanto no he encontrado ningún rechazo. Tampoco no la he escondido"

TABLA 4. Conocimientos sobre la diabetes

Adquisición de los conocimientos

"El único consejo que he tenido es el de la enfermera, de nadie más. Me fui al centro de diabéticos y, la verdad, salí con un… la verdad es que salí peor que entré. He pedido a ver si se hacían cursos para educación, para educarnos, sobre la enfermedad que tenemos y bueno, como que no hay presupuesto y casi siempre es por lo mismo: que no hay tiempo material, pero casi siempre es por causa del presupuesto. Ana coge y me da toda la información porque sabe que me gusta mucho leer, yo siempre le pregunto si hay algo nuevo y tal, siempre me da toda la información que tiene en su mano, yo procuro leerlo, seguir los consejos, pero ya te digo que es muy difícil…"

"Yo creo que no, que lo sé todo. Vas al médico, te explica una cosa; luego la enfermera es muy buena y te lo explica muy bien"

Conocimientos que quiere

"Que me dijesen exactamente qué es lo que tengo que hacer, saber por qué yo tengo esto"

"Sí, he pedido todo eso de que te expliquen desde primera hora lo que es, las consecuencias que tiene, cómo tienes que reaccionar ante cualquier cosa porque yo voy sobre la marcha"

"En las comidas yo no me meto, es la mujer, ya sabe lo que tiene la comida y todo eso, ya sabe lo que puedo comer más o menos […] yo no me he ordenado nada, es ella la que ordena todo…"

TABLA 5. Efecto positivo en sus vidas

Efectos positivos

"No, positivo ninguno, positivo con la enfermedad no; ahora, lo que sí puedo encontrar positivo teóricamente lo que es el peso lo mantengo bastante bien, porque puede ser una de las cosas positivas ¿no?, que el peso lo mantienes en algo controlado"

"Positivo sí, el dejar de fumar… je, je, je"

"No, no, bueno, yo creo que ha cambiado para peor, ya te lo digo, yo no soy de aquellas personas que dice ¡ah! bueno, tengo diabetes, pues tal, no, yo no me gustaría quedarme…"

"El hacer más deporte que antes, por ejemplo"

Calidad de vida

"Hombre, yo hasta incluso, no sé cómo decírtelo, me encuentro hasta mejor, ¿me entiendes? Porque antes lo tenía… o no sé. Yo me encuentro mejor; el día por ejemplo que no ando, noto un… no sé, como una especie de cansancio, una cosa rara, pero en cambio si sales y aunque sea una hora, pues ya me noto diferente"

ce muchos años provocan que sea una enfermedad aceptada y sin estigma social. Sin embargo, el tipo de tratamiento de la diabetes condiciona el grado de aceptación y, así, los pacientes tratados con insulina manifiestan que a su entorno social le molesta y violenta verlos inyectarse la insulina. El entorno social no está acostumbrado a ver cómo se inyectan la medicación, de ahí que se tenga una vivencia violenta de la enfermedad, agravada por el hecho de que puede ser asociado a personas con adicciones.

En relación con los conocimientos, cuyos datos se expresan en la tabla 4, las personas entrevistadas están motivadas para adquirirlos en el momento que la enfermedad les afecta y cuando estos conocimientos les son necesarios para manejar la enfermedad. No necesitan disponer de los conocimientos técnicos que tienen los profesionales sanitarios: diferencian entre lo que han de saber los profesionales y el saber que ellos necesitan. La fuente básica donde buscan estos conocimientos es en los profesionales y, sobre todo, en las enfermeras, que les dedican más tiempo. Un pequeño grupo de pacientes de nivel social alto y los más jóvenes son los más autosuficientes a la hora de buscar información sobre la enfermedad (revistas, Internet, etc.) y poseen elevados conocimientos de fisiopatología. Este hecho podría estar relacionado con que, generalmente, esta población tiene un nivel académico más alto y mayor acceso a los recursos para buscar de manera autónoma información sobre su enfermedad.

Los aspectos positivos son pocos, se muestran en la tabla 5, y se relacionan con los aspectos positivos de la vida sana, la dieta, el ejercicio, la disminución del hábito tabáquico, etc., que mejoran su calidad de vida. Como es lógico, cuesta encontrar aspectos positivos si aceptamos que se trata de una enfermedad.

En cuanto a las repercusiones negativas de la enfermedad, cuyos datos se expresan en la tabla 6, los entrevistados atribuyen más consecuencias negativas a la edad que a la propia enfermedad. El resto de aspectos negativos se enmarcan en las limitaciones sobre la comida y en la aceptación social. Finalmente, otro de los cambios referidos se centró en la sexualidad, pero éste fue un aspecto poco explorado por los profesionales y no fue abordado en profundidad.

Respecto a los sentimientos y frustraciones provocados por la enfermedad, cuyos datos se muestran en la tabla 7, los entrevistados dicen tener sentimientos de rabia y tristeza hacia algún culpable externo, cosa que les dificulta la aceptación de la enfermedad. Estos sentimientos no son expresados por las personas entrevistadas que atribuyen el origen de su enfermedad al azar.

En cuanto a la percepción de gravedad, cuyos datos se reflejan en la tabla 8, se incrementa en el momento en que el tratamiento requiere insulina, introduciendo una idea de mayor gravedad y cambios en su estilo de vida. Se sienten más o menos diabéticos en función del plan terapéutico. Por tanto, la insulinización provoca un impacto igual o mayor que saberse diabético. El hecho de precisar insulina provoca una percepción diferente de la enfermedad, de manera que los diabéticos que no son insulinodependientes se sienten "menos diabéticos" que los que sí precisan insulina. Este hecho estaría relacionado con la creencia histórica de que la

TABLA 6. Efecto negativo en sus vidas

Relacionados con la edad
"Cuando eres un poco mayor, ya no estás para juergas…"
"… Y si no hago más es porque la edad ya no me lo permite…"
"Si vas dejando algo, es por la edad…"
Relacionados con la comida
"Si no puedes decir que no puedes comer lo que te ofrecen…, si puedo evito ir a las bodas"
"Prefiero no ir a casa de otros a comer"
Relacionados con la aceptación social
"Me gustaría ir a Canarias o hacer excursiones, pero la gente no quiere problemas, y no me atrevo a ir con nadie"
"Me siento menos libre… estoy supeditada a una serie de medicamentos y controles que antes no tenía"

TABLA 7. Sentimientos y frustraciones

Origen de la enfermedad
"La habré cogido como otro cualquiera coge otra cosa… Y como somos tantos miles ya no viene de uno…"
"¿Por qué he tenido que coger yo esto…?"
"Yo siempre he dicho que me tenían que haber dejado un cortijo"
Aceptación de la enfermedad
"¿Por qué me ha tocado a mí y mis hermanos no son ninguno…?"
"Yo me siento esclava de esto…"
"Un encargado de la empresa que me hacía la puñeta"

TABLA 8. Jerarquía o gravedad de la enfermedad

"Yo no soy tan diabético porque no me pongo insulina"
"Dicen que los diabéticos son los que se pinchan…, yo me tengo por diabética pero no formalmente"
"Me dijeron: eres prediabética…; bueno… no soy diabética, soy pre…"
Autopercepción
"A mi parecer, sabiéndola llevar no es tampoco una enfermedad grave, una enfermedad grave sería peor. Que estuvieras que no pudieras salir, que estuvieras en cama, que estuvieras… todo eso es más grave, pero yo, mientras pueda salir, andar para arriba y para abajo y estar alegre, porque hay que estar alegre ¿no?"
"Tal vez no la veo tan grave porque no me tengo que pinchar…"
"Yo creo que es muy importante, porque es una enfermedad que no es dolorosa, pero es muy molesta y te va comiendo el cuerpo poco a poco, te lo va destruyendo…"

persona que estaba más enferma era la que se tenía que inyectar. La percepción de gravedad también se encuentra determinada por el conocimiento y experiencias propias o cercanas de complicaciones.

En relación al apoyo recibido y a la actuación del sistema sanitario, cuyos datos se expresan en la tabla 9, manifiestan que la familia es el principal apoyo. En algunos casos, en los momentos de ocio, olvidan los compromisos que requiere la enfermedad. Otro de los aspectos que se destacaron fue la relación con los profesionales sanitarios. Al médico le piden claridad e información. A la enfermera le piden apoyo para vivir, ánimo y motivación para continuar con una vida normal. A los dos les piden una relación basada en la comprensión y no en la culpabilización. Los aspectos más valorados en los profesionales son: la accesibilidad, la confianza, que sean afables y cálidos y el interés que muestran por ellos y su salud. Dos pacientes refieren que la atención por parte de los profesionales sanitarios es muy sistemática. Este hecho podría estar vinculado con la manera de ofertar las visitas según lo establecido en el protocolo. A pesar de que éste es un aspecto expresado por una minoría, creemos que es importante tenerlo en cuenta a la hora de plantear nuestras actuaciones.

Discusión

Atendiendo a estos resultados debemos tener presente que los pacientes, por encima de los conocimientos, solicitan de los profesionales ser atendidos con valores éticos (transparencia, respeto, etc.) y poyéticos (calidad, creatividad, ilusión).

Hay que ser conscientes de que el entorno acepta la enfermedad pero no asume las limitaciones de quien la padece, la persona diabética; por tanto, hay que reforzar la autosuficiencia en su plan de cuidados para evitar frustraciones, además de trabajar con los familiares más próximos.

Los planes educativos han de contemplar aspectos que preocupan a los pacientes. Sin embargo, hemos constatado que son poco explorados por parte de los profesionales sanitarios como, por ejemplo, la sexualidad y el manejo de su enfermedad en situaciones cotidianas.

El presente estudio nos ha permitido estar más cerca de nuestros pacientes, conocer y reflexionar sobre los aspectos valorados por ellos y ser más realistas y respetuosos en la interacción de la visita clínica.

Agradecimientos. Nuestro agradecimiento a la Dra. M. José Fernández de Sanmamed por su ayuda y dedicación en la realización de este trabajo y a todas las personas entrevistadas que nos han permitido "entrar" en sus vidas y con sus opiniones mejorar nuestro quehacer asistencial.

Bibliografía

1. Servei Català de Salut. Pla de Salut de Catalunya de la Regió Sanitària Centre 1996-1998. Sant Cugat del Vallès: Servei Català de la Salut, 1997.
2. Nurymberg K, Kreitler S, Weissler K. The cognotive orientation of compilance in short-and long term type II diabetic patients. Patient Education and Counselling 1996;29:25-39.
3. Turabián JL, Pérez-Franco B. Del consejo médico persuasivo al participativo en medicina de familia. Elementos para iniciar el debate. Medifam 1995;5:258-63.
4. Nebot M. Educación sanitaria. ¿Dónde estamos? Aten Primaria 1992;9:508.
5. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: Nations League for Nursing, 1991.
6. Clark JM, Maben J. Health promotion of proyect 2000 educated nurses. Health Education Research. Theory Practice 1998;13:185-96.
7. Turabián JL, Pérez Franco B. Utilidad y límites de la educación sanitaria. FMC 1998;5:419-21.
8. Jansà M, Mundó C, Rodríguez-Villar C, Vidal M. La dieta en la consulta diaria. Educación dietética y diabetológica. Clin Invest Arterioscl 1998;10:190-4.
9. Gafvels C, Lithner F, Borjeson B. Living with diabetes: relationship to gender, duration and complications. A survey in northern. Sweden Diabetes Medicine 1993;10:768-73.
10. Coates V. The influence of psychosocial factors on the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus. J Adv Nursing 1998;27:528-37.
11. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. New York: Sage Publications, 2000.
12. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria 2000;25:350-63.
13. McCord EC, Brandenbug C. Beliefs and attitudes of persons with diabetes. Fam Med 1995;27:267-71.
14. Rodríguez G, Gil J, García E. Métodos de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe, 1996.

Bibliografía general

Handron DS, Leggett-Frazier NK. Utilising content analysis of counselling sessions to identify psychosocial stressors among patients with type II diabetes. Diabetes Educator 1994;20:515-20.
Leininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. Nursing Science Quarterly 1994;7:22-8.
Ternulf Nyhlin K. A contribution of qualitative research to a better understanding of diabetic patients. J Adv Nursing 1990;15:796-803.
Trief PM, Aquilino C, Paradies C, Weinstock RS. Impact of the work environment on glycemic control and adaptation to diabetes. Diabetes Care 1999;22:569-74.
Vallis TM. Understanding diabetes nonadherence: psychosocial factors associated with poor self-care. Can J Diabetes Care 1998;22:13-21.