

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN DIABETES PARA EL NIVEL PRIMARIO EN SALUD

ASSESSMENT OF AN EDUCATIONAL PROGRAM IN DIABETES FOR THE PRIMARY CARE LEVEL

Ana Gladys Aráuz Hernández¹, Sonia Guzmán-Padilla¹, Gioconda Padilla Vargas¹,
Marlene Roselló Araya¹, Flor Cartín Ujueta², GraceYung Li³, Marlon Lizano Muñoz⁴

Recibido: 8/4/08 Revisado: 6/5/08 Aprobado: 25/6/08

Resumen

Objetivo: Desarrollar y evaluar un programa educativo multi-profesional en diabetes para equipos del primer nivel de atención en salud (EBAIS), basado en las condiciones locales.

Metodología: Se impartió un curso activo-participativo de 35 horas (70% práctica, 30% teoría), en tres zonas geográficas de Costa Rica, utilizando una metodología. Los contenidos educativos partieron de las necesidades sentidas por personal y pacientes (estudio previo) y de las guías de atención para este nivel. Se evaluó por medio del cambio en conocimiento teórico práctico.

Resultados: Participaron 177 personas (31% técnicos, 26,6% médicos y 22,6% asistentes de enfermería), quienes en la evaluación práctica (destrezas) obtuvieron una nota excelente a excepción de los participantes de la zona urbana del valle central. En la evaluación teórica (conocimientos), el puntaje global final se incrementó significativamente en todas las ocupaciones y zonas geográficas.

Por disciplina el conocimiento en cada área temática se incrementó. Las comparaciones múltiples (ANOVA) del cambio de conocimientos mostraron algunas diferencias entre disciplinas y temas.

Conclusión: Este curso basado en la metodología multiprofesional fue apropiado para mejorar el conocimiento y las habilidades de profesionales, técnicos y personal administrativo, en diabetes, del nivel primario y la organización de

la evaluación en áreas temáticas, permitió conocer la situación de aprendizaje entre las diferentes disciplinas.

Palabras claves: educación en diabetes mellitus, atención primaria, educación multiprofesional.

Abstract

Aim: To develop and evaluate a multi-professional educational program on diabetes mellitus, based on local conditions for the primary level of health attention (EBAIS),

Methodology: An active-participative course of 35 hours (70% practice, 30% theory) was developed in three Costa Rican geographical areas. Topics were taken from the felt needs of the health providers and patients (previous study), also from the duties specified for the primary level. Evaluation was based on the increase of both theory (knowledge) and practice (skills).

1 Nutricionistas, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)

* Correspondencia: Ana Gladys Aráuz, Apartado Postal 2250-4 Tres Ríos, Cartago, Costa Rica. aaarauz@inciensa.sa.cr

2 Enfermera, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

3 Médica Endocrinóloga, Hospital México. CCSS

4 Nutricionista, Región Pacífico Central. CCSS

Results: Participants were 177 health workers from 44 EBAIS (31% ATAP, 26, 6% physicians and, 22,6% nurse assistants). The assessment showed that participants obtained excellent grades in the practical area, although the score of the urban zone of the Central Valley, was inferior. In the written test (knowledge), the final general score increased significantly in all disciplines and geographic areas. By discipline, knowledge increased in almost all themes. The multiple comparison test (ANOVA) showed some differences in the knowledge change in several themes and disciplines.

Conclusions: This course based on a the multi-professional methodology was appropriate to increase both knowledge and skill of professionals, technicians and administrative health workers from the primary level of health attention. The test organization by thematic areas, allowed the evaluation of every theme among the different disciplines. Diabetes education using this methodology on the site of work improved the primary health attention teams.

Key Words: diabetes education, primary health attention, multi-professional education.

Introducción

Desde la década de los 90, Costa Rica inició el proceso de reestructuración del modelo de atención en salud y parte de este cambio fue el traslado de la atención de las personas portadoras de diabetes mellitus (DM) al primer nivel y con ello, las actividades educativas dirigidas a esta población (1-4). Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) son las estructuras básicas del sistema de salud, y atienden de 3500 a 4000 personas cada uno y están agrupados en áreas de salud. Cada EBAIS consta de un médico, un auxiliar de enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP). Ellos tienen el apoyo de otros profesionales, de personal administrativo y técnicos de varias áreas. Estos equipos, al igual que en otros países, carecen de formación apropiada en diabetes (5,6), parte de esta problemática se debe a que el sistema de salud fue diseñado para responder a las enfermedades agudas, no a las crónicas, las cuales trascienden de proveer cuidados directos a facilitar cambios en el estilo de vida de las personas (7,8). Esta situación ha motivado un cambio en el modelo de aprendizaje de la DM, que involucre a todos los responsables de la atención y promueva la cooperación entre los diversos profesionales y disciplinas de este nivel, ya

que si se trabaja, en equipo la capacitación es mejor y se potencializa la atención. Este modelo parte del concepto de educación multiprofesional, el cual tiene una orientación clara hacia las necesidades del paciente, un enfoque intersectorial, mayores nexos con la educación y una mejor integración de la información efectiva (3).

Este trabajo presenta los resultados de la evaluación de un programa educativo basado en el modelo de educación multiprofesional en DM, diseñado para el nivel primario y destaca el análisis del conocimiento en las áreas temáticas de la DM, según disciplina.

Materiales y métodos

Participaron 177 miembros de 44 EBAIS y personal de apoyo técnico y administrativo, de tres zonas geográficas de Costa Rica: 23,2% urbano de la meseta central (UMC), 44,6% urbano fuera de la meseta central (UFMC) y 32,2% rural fuera de la meseta central (RFMC).

Programa educativo

El programa educativo se fundamentó en las necesidades sentidas por pacientes y personal del nivel primario, identificados en un estudio previo sobre conocimientos y percepciones en diabetes (9), en las actividades en DM que realiza el personal de los EBAIS y en los criterios de control de la enfermedad, definidos en las normas de atención integral para ese nivel (10). En cada zona se desarrolló un curso de 35 horas de duración, avalado por el Centro de Docencia del Seguro Social y fue impartido en dos modalidades: un día a la semana en cinco semanas (zona UMC) o en cinco días consecutivos (zonas geográficas UFMC y RFMC) por un equipo conformado por personal de endocrinología, enfermería, nutrición, actividad física y educadores en DM.

La metodología fue activo-participativa, 70% correspondió a actividades prácticas y 30% a teóricas, las cuales se evaluaron por separado. Se incluyeron contenidos básicos en diabetes, utilizando un lenguaje sencillo y ejemplos locales. Además, se estructuró para que los participantes vivenciaran el curso desde una perspectiva como "pacientes". Por esa razón, algunas prácticas fueron auto-administradas y las áreas temáticas del curso se estructuraron para contestar las preguntas ¿Cómo le explico al paciente sobre la DM? y ¿Cómo vive

una persona con diabetes, su vida diaria?

Temática del componente teórico:

- Diagnóstico, síntomas, factores de riesgo de DM
- Tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Dislipidemias
- Tratamiento de la obesidad
- Alimentación y diabetes
- Actividad física y diabetes
- Autocuidado: autocontrol, pies, dientes, aseo general
- Técnicas educativas

Temática del componente práctico:

- Técnicas educativas: representaciones, lluvia de ideas y exposición demostrativa, murales, estudio de casos
- Disponibilidad local de alimentos (trabajo grupal)
- Técnica de inyección de insulina (auto-administrada)
- Glucometría (auto-administrada)
- Evaluación y cuidados del pie (inversión de papeles)
- Alimentación y reducción de peso (demostración y análisis de casos)
- Ejercicio físico en diabetes (práctica grupal diaria)
- Feria de la diabetes en la comunidad (actividad grupal con la comunidad)
- Elaboración de mensajes y material educativo en diabetes (adaptaciones al contexto local)

La teoría se evaluó mediante una prueba escrita de conocimientos que incluyó preguntas de todas las áreas temáticas antes y después del curso. El puntaje total de la prueba (100 puntos), se dividió en puntos asignados a cada área temática, estos variaron entre 5 y 20, de acuerdo al tiempo lectivo dedicado a cada tema. La calificación de la parte práctica, resultó del promedio de los puntajes obtenidos en cada actividad.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos los participantes se dividieron en seis grupos de acuerdo a su ocupación: 1) médicos; 2) auxiliares de enfermería; 3) técnicos de atención primaria (ATAP); 4) administrativos (técnicos de registros médicos); 5) otros técnicos, entre ellos, de farmacia, de laboratorio y de odontología y 6) otros profesionales: licenciados en enfermería, odontología, microbiología, farmacia y nutrición.

Las diferencias en los puntajes finales entre grupos se analizaron mediante la prueba pareada "t de Student" y las comparaciones múltiples del cambio por ocupación y área temática, por medio del análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de Turkey para las comparaciones. Una probabilidad del 5% fue establecido como criterio para la significancia estadística. Se utilizó el programa SPSS-PC, versión 10.0 para el análisis.

Resultados

La mayoría de los participantes obtuvo una nota excelente en la parte práctica; sin embargo, el puntaje en la zona UMC fue menor comparado con el de las otras áreas (UMC $85,2 \pm 8,5$, UFMS $98,7 \pm 2,1$ y RFMC $96,9 \pm 2,5$).

En la parte teórica, el puntaje obtenido en la evaluación final se incrementó significativamente con la capacitación en todas las ocupaciones y zonas geográficas ($p=0,00$). Tanto el personal administrativo como el técnico tuvieron el menor puntaje en la prueba inicial y final; sin embargo, con la capacitación mostraron el mayor incremento comparado con las otras ocupaciones (39.3% y 46.4%, respectivamente). Los administrativos pasaron de una nota de $25,3 \pm 16,6$ a $64,6 \pm 14,5$ ($p=0,00$) y los técnicos de $25,4 \pm 10,5$ a $71,9 \pm 8,8$ ($p=0,00$). Por ocupación, se observaron cambios significativos en casi todas las áreas temáticas, excepto el tema de obesidad en los médicos; el grupo de otros profesionales y otros técnicos, fueron los únicos en tener dos áreas sin cambio de conocimiento, *tratamiento* y *autocuidado* (cuadro 1).

Las comparaciones múltiples (ANOVA) del cambio de conocimientos, entre la ocupación y las áreas temáticas, no mostraron diferencias significativas en los temas de *alimentación*, *autocuidado*, *técnicas educativas*, *dislipidemias* y *tratamiento*. En *ejercicio*, los médicos obtuvieron valores significativamente diferentes de los auxiliares de enfermería, de los administrativos y del grupo de otros técnicos. En el tema de *obesidad*, el grupo médico fue diferente de los ATAP y de los otros técnicos y, en el tema de *diagnóstico* los auxiliares de enfermería, los ATAP y el grupo de otros técnicos mostraron valores diferentes (Cuadro 2).

Discusión y conclusión

La educación terapéutica ha sido utilizada en equipos multidisciplinarios y multiprofesionales del primer nivel de atención en salud, en países con recursos profesionales para la atención de la diabetes (3). Sin embargo, en Costa Rica, al igual que en otros países del área, la mayoría de los equipos están conformados únicamente por un médico, enfermera y personal técnico, quienes deben asumir los compromisos y afrontar la responsabilidad del tratamiento y modificación del estilo de vida de las personas con DM (6), desde sus diferentes funciones y con sus escasos conocimientos en esta área y sin que medie una uniformidad de conceptos y de estrategias educativas. Esto fue parte de lo novedoso de esta metodología de aprender juntos como equipo.

En los últimos años el aprendizaje multiprofesional ha tomado fuerza por demostrar su superioridad sobre el aprendizaje por separado (3). En nuestro medio, los EBAIS deben responder como un solo equipo por la prevención, educación y control de la diabetes en el área de atracción, lo cual motiva que los procesos de capacitación se desarrollen conjuntamente. Con esta metodología, el curso dio mejores resultados al impartirlo en días consecutivos y no una vez por semana: esto pudo ser la causa de las calificaciones más bajas obtenidas en los participantes de la zona UMC, en la parte práctica. Parece ser que el curso con intervalos semanales de tiempo perdió la continuidad del proceso de aprendizaje; mientras que al impartirlo en días consecutivos se integraron mejor los contenidos y hubo intercambio de experiencias cotidianas entre los participantes (11). El incremento en el conocimiento de la DM, no necesariamente resulta en mejor atención a los pacientes (8); sin embargo, los equipos más capacitados pueden cumplir mejor sus funciones y dar atención oportuna y de calidad (12-14). Estos resultados muestran que el conocimiento y las habilidades fueron accesibles aún para personal administrativo, quienes a pesar que carecer de capacitación previa en DM, aprobaron el curso como los demás participantes.

En los temas relacionados con la modificación del estilo de vida (*alimentación, autocuidado, técnicas educativas*), el incremento no fue estadísticamente diferente entre las ocupaciones. Esos temas han sido parte de las deficiencias de formación académica del equipo, incluyendo a los médicos; a quienes algunos autores han identificado como los que tienen una actitud más negativa hacia el tratamiento de la DM con respecto a otros profesionales (15,16); pues

consideran que su formación no provee suficiente entrenamiento para promover cambios en los hábitos⁷. A estos temas debe dedicarse mayor esfuerzo para obtener cambios en el comportamiento de las personas que reciben la atención en diabetes. En el caso de actividad y ejercicio físico si fue diferente el cambio en conocimiento entre los médicos y otros grupos.

En el tema de obesidad, no hubo cambio significativo en el conocimiento en el grupo de médicos, la nota inicial y final fue prácticamente la misma; aunado a los hallazgos anteriores, podría pensarse que el conocimiento existe pero no las herramientas para modificar el estilo de vida que conlleve al éxito en la pérdida de peso. El grupo de otros profesionales y otros técnicos, tuvieron un incremento muy leve en el conocimiento en técnicas de autocuidado y en tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, temas que deben ser reforzados, pues este personal está en contacto diario con los portadores de diabetes. Por su parte, los Técnicos de atención primaria (ATAP) obtuvieron un incremento significativo en todas las áreas del conocimiento; esto es importante porque son ellos quienes tienen la oportunidad de llevar el mensaje al ambiente familiar y vida cotidiana del paciente.

Estructurar la prueba de conocimientos en varias áreas permitió evaluar el comportamiento de cada tema entre ocupaciones y así identificar cuáles de ellos deben reforzarse y en quiénes, con el fin de orientar las actividades de capacitación en DM. La metodología de este curso facilitó la incorporación del conocimiento en habilidades y estimuló el proceso de aprendizaje (17,18) y fue el factor diferenciador del éxito de la actividad educativa para este nivel de atención en salud.

En resumen, todos los equipos mejoraron conocimientos y habilidades, la modalidad de cinco días consecutivos fue más acertada para mejorar el conocimiento en este nivel, independientemente de las zonas geográficas; se utilizó una metodología no tradicional e integró al personal del EBAIS en un solo enfoque centrado en la persona con diabetes. Además, contribuyó a desmitificar el sentido de unicidad es decir, minimizar la sensación de que sólo el personal médico puede hacer "algo" por la persona con DM y a reconocer la importancia de los aportes conjuntos de diversas disciplinas.

Agradecimiento:

Al Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), así como a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ya que este estudio fue financiado en su totalidad con fondos estatales.

Bibliografía

1. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998; 21:1414-1431.
2. Goyder EC, McNally PG, Drucquer M, Spiers N, Botha JL. Shifting of care for diabetes from secondary to primary care, 1990-5: review of general practices. *BMJ*. 1998; 316:1505-1506.
3. Munro N, Felton A, McIntosh C: Is multidisciplinary learning effective among those caring for people with diabetes?. *Diabetes Med*. 2002; 19:799-803.
4. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk van JT, Assendelft WJ: Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings. *Diabetes Care*. 2001; 44:1821-1833.
5. Hayes TM, Harris J: Randomized control trial of routine hospital clinic cares vs routine general practice care for type 2 diabetes. *BMJ*. 1984; 289: 728.
6. Ayala N, Carvajal X, Cercone J, Arce C. Gestión local de salud: bases del Sistema Nacional de salud y Proceso de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José: Editorial Nacional Salud y Seguro Social, 1999
7. Larne AC, Pugh JA: Attitudes of Primary Care Providers toward diabetes. *Diabetes Care*. 1998; 21:1391-1396.
8. Anderson RM, Donnelly MB, Davis WK: Controversial beliefs about diabetes and its care. *Diabetes Care*. 1992; 15:859-863.
9. Aráuz AG, Padilla G, Sánchez G, Fernández M, Roselló M, Guzmán S. Intervención educativa y participación comunitaria en diabetes: primer nivel de atención en salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(3):145-153.
10. Caja Costarricense de Seguro Social. Manual para la atención integral de la diabetes mellitus tipo 2. San José, Costa Rica: CCSS, 2002.
11. Lacroix A, Assal P. Group or individual pedagogy. En: *Therapeutic education of patients*, Belgium: Maloine. 2003; 98-102.
12. Dalmau Llorca MR, García Bernal G, Aguilar Martin C, Palau Galindo A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria* 2003; 32:36-41.
13. Griffin S: Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomized control trials. *BMJ*. 1998; 317:390-396.
14. Renders C, Valk GD, Franse LV, Schellevis FG, van Eijk JT, van del Wal G. Long- term effectiveness of a quality improvement program for patient with type 2 diabetes in General Practice. *Diabetes Care*. 2001; 24:1365-1370.
15. Anderson RM, Donnelly MB, Dedrick RF, Gressard CP. The attitudes of nurses, dietitians, and physicians toward diabetes. *Diabetes Ed* 1991; 17:261-268.
16. Anderson RM, Robins LS. How do we know? Reflections on

qualitative research in diabetes (editorial). *Diabetes Care*. 1998; 21(9):1387-1388.

17. Parsell G, Bligh J. Interprofessional learning. *Postgrad Med J* 1998; 75(883):317-318.
18. Badran IG. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 1995; 1:8-16.

Cuadro 1
Puntaje inicial y final en las áreas temáticas, según ocupación

No. de participantes	diagnóstico	obesidad	alimen- tación	tratamiento	ejercicio	auto- cuidado	técnicas educativas	Total
ATAP¹								
	Puntaje	20	10	15	10	5	5	100
55	Inicial	6,5	5,1	5,5	6,3	0,7	1,6	41,2
	Final	14,6	6,9	12,5	7,6	2,3	3,8	74,3
	p	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Médicos								
40	Inicial	12,4	8,3	8,6	6,0	1,9	2,8	64,5
	Final	18,9	8,0	14,3	8,6	3,3	4,6	90,4
	p	0,00	0,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Auxiliar enfermería								
40	Inicial	6,7	6,0	6,7	6,7	0,6	2,2	46,2
	Final	14,7	7,5	13,4	8,7	2,7	4,0	80,0
	p	0,00	0,01	0,0	0,0	0,0	0,00	0,0
Administrativos²								
12	Inicial	2,5	3,4	4,4	2,8	0,1	1,1	25,3
	Final	11,4	6,2	11,8	7,0	1,8	3,4	64,6
	p	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
Otros técnicos³								
11	Inicial	1,9	3,1	4,4	5,9	0,4	1,0	25,5
	Final	14,4	6,8	12,1	7,4	1,0	3,5	71,9
	p	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,24	0,01
Otros profesionales⁴								
19	Inicial	6,6	5,6	5,1	5,9	1,2	1,9	43,4
	Final	15,1	7,8	12,6	7,4	2,4	3,8	78,9
	p	0,00	0,02	0,00	0,06	0,07	0,00	0,00

Valores expresados en puntaje promedio

¹Técnicos de atención primaria

²Personal de registros médicos (REDES)

³Técnicos de farmacia, de laboratorio y de odontología

⁴Licenciados en enfermería, odontología, microbiología, farmacia y nutrición

Cuadro 2
Comparaciones múltiples del cambio de conocimiento de las áreas temáticas, según ocupación

Temas	Médicos	Otros profesionales	Auxiliar enfermería	ATAP	Administrativo
<u>Alimentación</u>					
Otros profesionales	-1.83 (0.59)*				
Auxiliar enfermería	-1.01 (0.88)	0.82 (0.98)			
ATAP	-1.34 (0.61)	0.49 (0.99)	-0.33 (0.99)		
Administrativos	-1.70 (0.80)	0.12 (1.00)	-0.69 (0.99)	-0.36 (1.00)	
Otros técnicos	-1.91 (0.74)	0.00 (1.00)	-0.80 (0.98)	-0.56 (0.99)	0.20 (1.00)
<u>Ejercicio</u>					
Otros profesionales	-1.74 (0.76)				
Auxiliar enfermería	-3.33 (0.01)	-1.59 (0.82)			
ATAP	-2.58 (0.08)	-0.84 (0.98)			
Administrativos	-4.40 (0.04)	-2.66 (0.62)	-1.07 (0.98)	-1.82 (0.82)	
otros técnicos	-5.96 (0.00)	-4.22 (0.15)	-2.63 (0.55)	-3.38 (0.23)	-1.56 (0.96)
<u>Autocuidado</u>					
Otros profesionales	0.253 (0.99)				
Auxiliar enfermería	-0.70 (0.76)	-0.93 (0.70)			
ATAP	-0.19 (0.99)	-0.43 (0.98)	0.50 (0.90)		
Administrativos	-0.34 (0.99)	-0.57 (0.98)	0.35 (0.98)	0.14 (1.00)	
otros técnicos	0.68 (0.95)	0.44 (0.99)	1.38 (0.50)	0.97 (0.90)	-1.02 (0.90)
<u>Técnicas educativas</u>					
Otros profesionales	-0.76 (1.00)				
Auxiliar enfermería	-0.55 (1.00)	0.03 (1.00)			
ATAP	-0.40 (0.96)	-0.32 (0.99)	0.35 (0.98)		
Administrativos	-0.51 (0.98)	-0.44 (0.99)	0.46 (0.99)	-0.11 (1.00)	
otros técnicos	-0.76 (0.93)	-0.69 (0.97)	0.71 (0.94)	0.36 (0.99)	0.25 (1.00)
<u>Obesidad</u>					
Otros profesionales	-2.53 (0.08)				
Auxiliar enfermería	-1.79 (0.18)	0.73 (0.97)			
ATAP	-2.09 (0.03)	0.43 (0.99)	-0.30 (0.99)		
Administrativos	-3.1 (0.06)	-0.57 (0.99)	-1.31 (0.85)	-1.01 (0.94)	
otros técnicos	-4.0 (0.00)	-1.49 (0.86)	-2.23 (0.40)	-1.92 (0.53)	-0.91 (0.98)
<u>Dislipidemias</u>					
Otros profesionales	-2.92 (0.24)				
Auxiliar enfermería	-0.15 (1.00)	2.77 (0.30)			
ATAP	-0.32 (0.99)	2.59 (0.33)	0.17 (1.00)		
Administrativos	0.62 (0.99)	3.54 (0.34)	0.77 (0.99)	-0.95 (0.99)	
otros técnicos	3.69 (0.21)	-0.77 (0.99)	-3.5 (0.25)	-3.30 (0.27)	-4.32 (0.26)
<u>Diagnóstico</u>					
Otros profesionales	-1.94 (0.51)				
Auxiliar enfermería	-1.95 (0.59)	0.49 (0.99)			
Administrativos	-1.55 (0.43)	0.39 (0.99)	-0.10 (1.00)		
Remes	-2.40 (0.46)	-0.45 (1.00)	-0.94 (0.98)	0.84 (0.98)	
otros técnicos	-5.92 (0.00)	-3.97 (0.09)	-4.47 (0.01)	-4.37 (0.01)	-3.52 (0.29)
<u>Tratamiento</u>					
Otros profesionales	1.17 (0.86)				
Auxiliar enfermería	0.55 (0.98)	-0.61 (0.99)			
ATAP	1.28 (0.55)	0.11 (1.00)	0.72 (0.93)		
Administrativos	-1.54 (0.80)	-2.70 (0.35)	-2.10 (0.51)	-2.83 (0.15)	
otros técnicos	1.07 (0.95)	-0.009 (1.00)	0.51 (0.99)	-0.21 (1.00)	-2.62 (0.53)

* valores expresados como diferencia de medias y significancia (p)