



## CO-040 - PROCESOS EDUCATIVOS PARA LA AUTOGESTIÓN DE LA DIABETES TIPO 2: EL PORVENIR DE LA EPIGENÉTICA EN LAS PRÁCTICAS DE ASISTENCIA A LA SALUD

F. Monteiro Coelho<sup>a</sup>, E. Martínez Fernández<sup>b</sup> y A.E. Caballero-Robles<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Fundación San Pablo Andalucía CEU, Bormujos, España. <sup>b</sup>Universidad de Sevilla-Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Sevilla, España. <sup>c</sup>Harvard Medical School, Boston, EE.UU.

### Resumen

**Introducción:** La autogestión adecuada de la diabetes juega un papel clave en el éxito de su tratamiento. La dificultad que entraña sigue siendo un reto para las personas diagnosticadas con la enfermedad y para los equipos de salud. Diversos estudios señalan que las prácticas de los proveedores de salud, con sus creencias, actitudes, conocimientos y habilidades, no solo cumplen un papel de apoyo a dicha autogestión, sino que en ocasiones constituyen una barrera crucial en el manejo de la diabetes (Usman & Pamungkas, 2018). Profundizar en las prácticas de educación que vertebran las interacciones proveedores-paciente constituye la base para una evaluación crítica indispensable para la propuesta de nuevos modelos pedagógicos más horizontales y sensibles a la complejidad biosociocultural de la experiencia de la DM2.

**Objetivos:** Conocer y analizar los procesos educativos destinados a la autogestión en DM2 de los profesionales de salud a través del caso de un hospital de referencia en Boston (Massachusetts-EE. UU.).

**Material y métodos:** Trabajo de campo cualitativo de inspiración etnográfica con entrevistas semidirectivas y observación participante como técnicas principales. La técnica observacional se desarrolló en dos escenarios principalmente: a) consultas de seguimiento (médico-paciente) y b) programa semanal de educación para la autogestión de la DM2 (equipo de salud-paciente). Las entrevistas fueron realizadas a personas que frecuentan asiduamente el escenario b) de estudio. Los datos fueron posteriormente categorizados y analizados siguiendo un criterio de significatividad estadística.

**Resultados:** En los dos escenarios se identifican marcadas características de un modelo vertical de educación en salud, en el cual el proceso educativo se reduce a la simple transferencia de información de los proveedores hacia las personas con DM2. En las interacciones prima el uso de lenguaje técnico y no adaptado al contexto cotidiano de los individuos. Los contenidos transmitidos en los dos escenarios estudiados están marcados por una perspectiva biologicista que lleva a identificar ciertos parámetros biológicos (A1c, IMC e ingesta de carbohidratos) como los únicos datos sobre las personas atendidas a tener en cuenta para las propuestas terapéuticas y educativas. La exclusión de factores socioculturales y el desconocimiento de la realidad cotidiana vivida por dichas personas lleva a su limitado entendimiento de aquellas propuestas y a la búsqueda de otros

canales de aprendizaje de dudosa validez científica.

**Conclusiones:** Los resultados muestran la vigencia aún en algunos centros hospitalarios de un modelo vertical y biologicista. Asimismo, sugiriendo la necesidad de avanzar hacia un modelo más dialógico y sensible a la complejidad vivida por las personas atendidas y las imbricaciones de esos factores socioculturales con los biológicos.