

“Autocuidado y diabetes: ¿La grupalidad al centro?”

Grupo de Acompañamiento de personas con Diabetes de la “Unidad Sanitaria María Emma Córdoba” de Punta Lara, Ensenada, Provincia de Buenos Aires 2023.

Autoras:

Guzul, Leandra - DNI 39114769 - Lic. Residente de 2° año de Nutrición

Malgay Saubidet, Sol - DNI 36686839 – Médica Residente de 4° año, Medicina General

Martínez, María Belén –DNI 38497975 –Médica Residente de 3° año, Medicina General

Meichtry, Pamela – DNI 34464994 – Médica Jefa de Residentes de Medicina General

Silva, Ruth Elizabet - DNI 34880683 - Lic. Residente de 2° año de Nutrición

Szumillo, Lila – DNI 32467733 – Médica Generalista de US. María Emma Córdoba

Lugar de realización:

Posta Sanitaria “Emma Córdoba” – Calle 126 e/calles 5 y 7 – (1925) Punta Lara – Ensenada – Provincia de Buenos Aires – Teléfono 0221-601-7051. Mail: hcestinomgi@gmail.com

Fecha de realización:

Marzo de 2023 - Junio de 2023

Trabajo Inédito – Relato de Experiencia - Clínica Ampliada

Los **autores** de este relato de experiencia son: dos integrantes de la Residencia de Medicina General de Ensenada junto a la Jefa de Residentes; dos integrantes de la Residencia de Nutrición de Ensenada y la Médica Generalista de la Unidad Sanitaria María Emma Córdoba. **Colaboraron** en la formación de este espacio, todos los integrantes de la Residencia de Medicina General de Ensenada, una residente de Clínica Médica del Hospital Cestino de Ensenada, Lic. en Educación Física del Centro Provincial de Atención, el equipo de la Unidad Sanitaria (incluyendo administrativas, enfermera, trabajadora social, médico generalista y jefa de la Unidad) y una Psicóloga Social junto a dos compañeras en formación.

“AUTOCUIDADO Y DIABETES: ¿LA GRUPALIDAD AL CENTRO?” RELATO DE EXPERIENCIA DEL GRUPO DE ACOMPAÑAMIENTO DE PERSONAS CON DIABETES EN LA UNIDAD SANITARIA MARIA EMMA CÓRDOBA DE PUNTA LARA, DURANTE LOS MESES DE MARZO A JUNIO DE 2023.
AUTORES: Residentes de Medicina General MARTINEZ, María Belén; MALGAY SAUBIDET, Sol; Residentes de Nutrición SILVA, Ruth Elisabet; GUZUL, Leandra; Médicas Generalistas SZUMILO, Lila; MEICHTRY, Pamela. PARTICIPANTES: DURANTE, Sandra Elizabeth; CASCO, Lorena; ADOBATTI, Josefina; Equipo de la Unidad Sanitaria M. Emma Córdoba.
Unidad Sanitaria M. Emma Córdoba, Punta Lara Norte, Ensenada. Provincia de Buenos Aires. Dirección: C. 126 8, Punta Lara, Ensenada, Provincia de Buenos Aires. Código Postal: 1931 Teléfono: (221)15-6017051 Mail: hcestinomgi@gmail.com
RELATO DE EXPERIENCIA
CLÍNICA AMPLIADA
TRABAJO INÉDITO
Momento descriptivo: La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible, importante causa de morbilidad a nivel mundial, asociada con múltiples complicaciones. La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es fundamental para su adecuado control. Teniendo en cuenta las múltiples repercusiones de la diabetes a nivel individual y comunitario, es clave la implementación de estrategias de abordaje grupal, así como también interdisciplinario. Dentro de los objetivos se plantearon fortalecer conocimientos en relación a la DM para fomentar el automanejo y afianzar vínculos entre personas y equipo de salud y entre ellas. Momento explicativo: Se convocó a las personas anotadas en el PRODIABA a participar de un espacio de acompañamiento, el mismo consistió en cuatro encuentros grupales de frecuencia mensual, donde se abordaron distintas temáticas, seguidos de momentos de atención individual por consultorio. Toda la experiencia tuvo una fuerte impronta interdisciplinaria entre las residencias de medicina general, nutrición y clínica. Síntesis: Los abordajes grupales permiten mejores resultados a largo plazo y continuidad en el seguimiento de las personas con diabetes, fortalecer los vínculos y generar espacios de apoyo al automanejo resulta más prioritario que el mero acto de distribuir información. La posibilidad de trabajar de manera interdisciplinaria y de formarse con otras residencias enriquece los trayectos formativos e introduce estrategias de abordaje más integrales y efectivas.
PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS - EDUCACIÓN PARA LA SALUD - INTERDISCIPLINA - AUTOMANEJO - ABORDAJE GRUPAL

MOMENTO DESCRIPTIVO

La Diabetes es una enfermedad crónica no transmisible, importante causa de morbimortalidad a nivel mundial y asociada con múltiples complicaciones orgánicas a lo largo de su evolución. A su vez, el curso de la patología y su abordaje, pueden implicar una carga emocional en lxs pacientes diagnosticadxs y repercutir económicamente (a escala individual, comunitaria y gubernamental).

A nivel epidemiológico, se observa un crecimiento global de la prevalencia de la diabetes. Según las estimaciones de la Federación Internacional de Diabetes en la décima edición de su Atlas, la prevalencia de diabetes en personas adultas a nivel mundial correspondía al 10.5% en 2021 y alcanzaría el 12.2% en 2045.

En Argentina, a pesar de contar con una Ley Nacional y programas específicos que contemplan la prevención y educación, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), **la prevalencia de diabetes por autorreporte aumentó de 9,8% (2013) a 12,7% (2018). De los casos registrados, solamente algo más del 50% recibía tratamiento.**

Entre los factores asociados a la patogénesis y determinantes del curso evolutivo de la diabetes, cabe mencionar **las condiciones económicas, sociales y culturales de vida de las personas, siendo grandes factores condicionantes de los hábitos alimentarios y de actividad física.**

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es fundamental para el adecuado control de la enfermedad y su evolución libre de complicaciones. Desde nuestra experiencia como equipo de salud de la Unidad Sanitaria “María Emma Córdoba”(US MEC) con las personas que allí consultan, es uno de los aspectos más complejos de abordar. La adherencia deficiente al tratamiento es multicausal. Por mencionar algunos factores, **el sistema de salud suele imponer significancias y metodologías que se convierten en barreras de accesibilidad, y asignan al paciente un rol pasivo.** Por otra parte, la singularidad y contexto de cada persona, su motivación y voluntad, **el nivel de conocimiento sobre su enfermedad y manejo,** también influyen.

Teniendo en cuenta las múltiples repercusiones de la diabetes a nivel individual y comunitario, y las limitaciones del abordaje individual en consultorio, consideramos clave la implementación de estrategias de abordaje grupal, así como generar un espacio donde poder confluir profesionales de distintas disciplinas, estimulando el compartir de saberes horizontal y la generación de herramientas situadas.

Esta estrategia se convierte a su vez en un apoyo hacia el interior del equipo de salud, fortaleciendo los vínculos internos y la comunicación, estimulando la planificación y ejecución conjunta de proyectos, y optimizando los esfuerzos y recursos dispuestos en el cotidiano. Estos aspectos, se trasladan en una integración y continuidad en la atención de lxs pacientes que beneficia su tránsito por el sistema de salud.

CONTEXTO

La US MEC de Punta Lara cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales que realizan abordajes en salud en todas las edades y de manera integral. El equipo está compuesto por: médicxs especialistas en Medicina General y Pediatría, residentes estables de Medicina General y otrxs rotantes (clínica médica, nutrición, pediatría, psicología, trabajo social), una odontóloga, enfermeras y vacunadoras, una trabajadora social, una licenciada en Obstetricia (jefa de la unidad sanitaria) y un Psicólogo. Lo mencionado anteriormente y el vínculo estrecho y cotidiano con la comunidad de Punta Lara, generan un espacio propicio para desarrollar actividades comunitarias, lo que resulta enriquecedor a la vez, para los trayectos formativos de las residencias. En el mismo espacio físico que ocupa la US, se desempeñan otras Instituciones y actividades: taller de huerta y cerámica; el Centro de acceso a la justicia (CAJ), que a su vez cuenta con una psicóloga y dos abogados; el Centro de Atención Provincial (CPA) orientado a salud mental y adicciones, el cual cuenta con una psicóloga y una profesora de educación física; Centro de Educación para Adultos (CEA); y Cuidadoras de la Casa Común.

Todo el personal de la US se encuentra involucrado en el seguimiento de los pacientes con diabetes, comenzando por el primer contacto a través del personal administrativo, quien se encarga de la organización de turnos, dispensa de

medicamentos, inscripción en Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del paciente Diabético (PRODIABA) y recolección de datos para informes estadísticos, colaborando con el seguimiento adecuado.

La atención es realizada principalmente de manera individual en consultorio por médicos generalistas, residentes y con el apoyo del resto de los integrantes del equipo para realizar abordaje integral, tratar posibles complicaciones y complementar el seguimiento de los pacientes.

El **HZGA “Horacio Cestino de Ensenada”**, es nuestro centro de referencia para el estudio y diagnóstico de complicaciones propias de la diabetes. Dicha institución cuenta con un consultorio destinado específicamente a población con Diabetes, constituido por una Médica Clínica y una Médica Generalista; y consultorio de Nutrición, el cuál una vez por semana es atendido por residentes de segundo año de dicha disciplina.

En los últimos dos años entró en funcionamiento el **Hospital Municipal de Punta Lara**, más cerca de la US MEC, el cual cuenta con extracción de sangre, diagnóstico por imágenes, guardia externa y consultorios de atención ambulatoria.

En la actualidad, el Municipio de Ensenada es sede del modelo piloto de **Historia Integrada de Salud** del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que se está implementando gradualmente en el resto de los efectores de la provincia. Esta herramienta promete afianzar y potenciar las referencias y contrarreferencias entre los distintos niveles de atención, mejorar el sistema de cuidados, y generar mayor fluidez y eficiencia en el tránsito de las personas por el sistema de salud. Es particularmente útil en el caso de las personas con diabetes y otras enfermedades crónicas, que requieren frecuentemente la realización de estudios complementarios y derivaciones a especialistas.

SUJETOS PARTICIPANTES Y PLANIFICACIÓN

La US MEC recibe durante todo el año a la Residencia de Medicina General, estudiantes y profesionales de distintas disciplinas de la salud (Nutrición, Psicología, Pediatría, Clínica Médica, Práctica final obligatoria (PFO) de medicina, Cátedra de extensión FCM “La Cabeza Piensa Dónde los Pies Pisan”).

En el marco de su primer año, la residencia de Nutrición realiza intervenciones comunitarias en Punta Lara y Ensenada. Durante 2022 formaron parte del ASIS realizado por el equipo de US MEC y la Residencia de Medicina General, cuyos resultados priorizaron la DM cómo un tema importante a tratar. Fue así que solicitaron la extensión de su rotación por la US MEC para poder continuar con esta línea de trabajo.

Nos encontramos en el diagramado de un espacio grupal para el abordaje de la personas con diabetes, durante los meses de marzo a junio: dos residentes de Primer Año de Nutrición, dos residentes de Segundo Año, una de Tercer año y Jefa de residentes de Medicina General, y una Residente de Clínica Médica de cuarto año de Hospital “Horacio Cestino”, además del personal estable de la US: Lic. Obstetricia, Médica Generalista, personal administrativo y Trabajadora Social. Fueron invitadas a participar de los encuentros una profesora de Ed. Física que pertenece al espacio de CPA y una Psicóloga Social, junto con dos de sus compañeras en formación, que se encontraban realizando sus prácticas (las tres vecinas de la zona)

OBJETIVOS

GENERAL

Desarrollar estrategias conjuntas entre la comunidad y el equipo de salud para mejorar el seguimiento y adherencia al tratamiento de la diabetes en la US MEC entre los meses de marzo y junio de 2023.

ESPECÍFICOS

- Fortalecer los conocimientos de lxs usuarixs relacionados con la fisiopatogenia y manejo de la diabetes.
- Estimular la participación activa de la población en la toma de decisiones con respecto a su salud .
- Promover prácticas de autocuidado.
- Construir herramientas situadas para el sostén del tratamiento no farmacológico.
- Generar redes vinculares de contención para personas con diabetes.
- Fortalecer el vínculo entre personas con diabetes y el equipo de salud.

- Definir criterios en común en relación al abordaje interdisciplinario de la diabetes.

MARCO TEÓRICO

Los distintos integrantes del equipo aportaron a este trabajo teoría y material desde sus propios campos e incumbencias, sin embargo, nos encontramos en un mismo punto de partida, el paradigma de la **epidemiología crítica y de la determinación social de la salud**, *la cual desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir.* (Breilh J, 1977).

Los encuentros grupales así como los espacios individuales se elaboraron con una perspectiva de **promoción de la salud**, entendiendo esto cómo un *"proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla"* (MSAL,2006) y de **participación comunitaria**, ya que *"generar procesos de participación o promover una cultura de participación contribuye a que los sujetos sociales sean solidarios, activos, comprometidos y responsables(....) Implica promover que las personas se involucren en todo aquello que les afecta directa o indirectamente, cambiando la actitud pasiva y dependiente, por otra proactiva, interesada y consciente.* (M.,2006)

Interdisciplina

Los problemas de salud que se abordan día a día en el primer nivel de atención, poseen tantas aristas y complejidades que al trabajar cada disciplina por sí sola abarca una pequeña parte, imposibilitando un tratamiento real, completo e integral.

La interdisciplina es un posicionamiento y nos obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, legitimando intercambios, importaciones y referencias múltiples de saberes entre los distintos campos disciplinares. (Stolkiner, 2005).

La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación, estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. (Elichiry, 2009).

Para poder facilitar la aplicación de esta metodología de trabajo en el cotidiano, es preciso considerar modelos de formación de grado y posgrado que la incorporen. En este sentido, las residencias en salud se presentan como un *ámbito especial para orientar, desarrollar y perfeccionar la formación de recursos humanos del equipo de salud* y es una oportunidad de implementar estrategias de abordajes en salud que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población y puedan sostenerse a largo plazo. (Domancich, 2004)

Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC)

El abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) requiere de un modelo de atención que se vincule permanentemente con las personas, y se anticipe al daño, haciendo foco en la prevención. En este sentido, el Primer nivel de atención tiene el potencial de ser un eje ordenador cotidiano del seguimiento de pacientes que precisan regularmente la realización de estudios complementarios, interconsultas a especialistas, y otras prácticas que tienden a fragmentar la atención, y dificultar la adherencia al tratamiento y el seguimiento profesional. En este vínculo que se establece con las personas que convivirán crónicamente con una patología, es preciso dejar de lado el paradigma del problema agudo, y potenciar el autocuidado, siendo conscientes de los contextos que habitan.

Esto implica para los trabajadores de la salud la adquisición de nuevas competencias para hacer equipos, vincularse con personas, con comunidades y actuar intersectorialmente, reconociendo diversos entornos, articulando múltiples miradas y disciplinas, utilizando flexiblemente tecnologías de la información y de la comunicación. De esta manera, poder brindar información y generar herramientas que acompañen la toma de decisiones que toman las propias personas y comunidades sobre aspectos relacionados con la salud. Para enfrentar los desafíos que implica el

cuidado de personas con enfermedades crónicas, se desarrolló un modelo de atención para mejorar la efectividad del cuidado: Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) (MSAL,2016).

El **MAPEC**, descrito por Eduard Wagner, e impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propone un abordaje integral e integrado. Dicho modelo consta de seis componentes: **Organización de la atención a la salud; Sistema de provisión de los servicios; Sistema de información clínica; Apoyo a la toma de decisiones; Apoyo al automanejo; Recursos comunitarios.** Gráfico 1.(M, 2016)

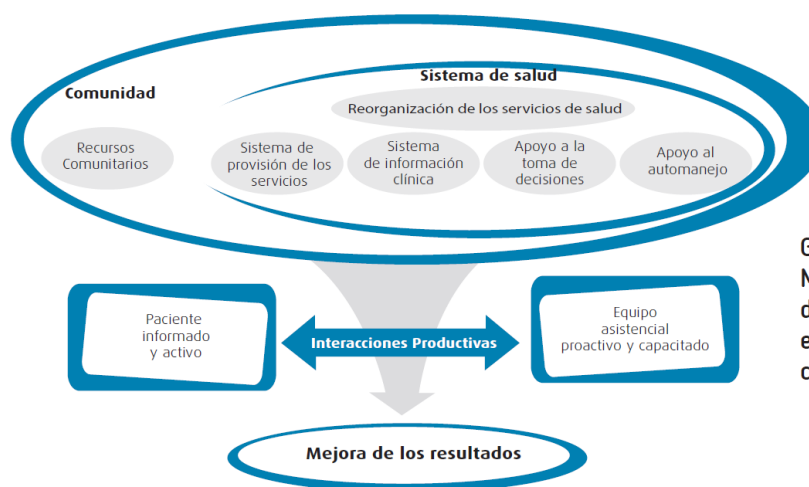


Gráfico 1.
Modelo de atención
de personas con
enfermedades
crónicas.

Rediseño a partir del gráfico de Wagner EH, MacColl Center for Health Care Innovation el 24 de mayo del 2012.

Autocuidado, apoyo al automanejo y educación para la salud

El **autocuidado** se refiere a las *acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal*. También se define como las *prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas*. (Lange & Jaimovich, 1997). Este concepto deja por fuera al personal de salud y pone en el centro a la persona con su autonomía y recursos. En los últimos años, comienza a difundirse complementariamente otro concepto, el **“apoyo al automanejo”**, referenciando a la *provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de las personas y la gestión de su salud incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de problemas”*. (Laspiur, 2016)

La educación debería ser siempre un proceso activo del sujeto que se educa. El **educador promueve, e interviene, pero las decisiones son del educando**. Tomando el paradigma de pedagogía activa o integradora, en el aprendizaje los objetivos y contenidos tienen que ver con las tres áreas de la persona: cognitiva, emocional y de las habilidades, se utiliza una combinación de métodos y técnicas educativos activos, el rol educador es un rol de ayuda y apoyo al aprendizaje, las sesiones o consultas individuales o grupales se programan detalladamente y la evaluación es continuada y final. (Pérez Jarauta, 2006).

La **Educación Diabetológica para el Automanejo (EDAM)** promueve la participación activa de la persona en el manejo de la diabetes. Es un proceso continuo de adquisición de conocimientos, habilidades y nuevos comportamientos para favorecer el automanejo de la enfermedad en el marco de un currículum estructurado. Implementa un estilo motivacional con el fin de lograr una colaboración activa de la persona, facilitar la toma de decisiones compartidas, prevenir, detectar y tratar complicaciones, para así mejorar su estado de salud general y reducir la mortalidad.(MSAL, 2019)

La **educación individual** se realiza de forma personalizada, en función de las características de la persona, adaptada a la capacidad de comprensión y de manera gradual. Permite revisar la historia desde la anterior visita, preguntar y establecer nuevos acuerdos hasta la próxima visita.(Bosch, 2011). Por otro lado, la **educación grupal** aporta ventajas y beneficios frente a la intervención individual, ya que **el grupo permite hacer identificaciones entre sus miembros, que facilitan la comprensión de comportamientos y actitudes; también ayuda a cambiar el autoconcepto y la autopercepción, mejorando por tanto la autoestima**. Otros beneficios en el terreno personal (crecimiento personal, capacidades de contacto y relación, habilidades de socialización, revisión y cambio de vivencias enraizadas) también se ven favorecidos desde la pertenencia a un grupo. (Serrano, 1998)

MÉTODO

Se realizó una primera reunión con parte del equipo de US MEC y residentes para comenzar a diagramar el espacio grupal de abordaje para diabetes, donde luego

de una puesta en común relacionada a diagnósticos previos y sentires, se establecieron los objetivos del espacio. **(Anexo 1 y 2)**

Se confeccionó en conjunto con el personal administrativo, mediante el acceso a la base de datos del PRODIABA, un listado de los pacientes inscriptos para retirar su medicación en la US MEC junto a sus datos personales de contacto. El resultado fue de un total de **63 personas**. Durante las primeras dos semanas de marzo se buscó contactarlos vía whatsapp (no contamos con línea telefónica ni señal para hacer llamadas en la zona), en los casos que no era posible establecer el contacto, y contábamos con el domicilio, se realizaron visitas domiciliarias junto a la trabajadora social. Por otro lado, el personal administrativo de la US hizo recordatorios a los pacientes al momento de entregar medicación. En el mensaje se transmitió la importancia de asistir al encuentro grupal, como un momento tan importante como el uso de medicación y la asistencia a los consultorios de seguimiento, y que se entregarían certificados de asistencia. Como resultado, pudieron ser **convocadas 38 personas del total del listado**; el resto no se pudo contactar por distintos motivos, entre ellos: falta de datos de contacto, limitación en disponibilidad horaria, recurso humano y recursos materiales de difusión. En los encuentros grupales, se buscarían abordar distintas temáticas relacionadas con la DM de manera participativa. Luego de este primer momento, se realizaría un espacio individual de atención por consultorio.

MOMENTO EXPLICATIVO

Se llevaron a cabo **cuatro encuentros** entre los meses de marzo y junio de 2023, de frecuencia mensual, en la Unidad Sanitaria “María Emma Córdoba”. Los mismos contaron con un espacio grupal de una hora de duración al aire libre, seguido de un segundo momento de atención individual en consultorio, también de una hora aproximadamente. Los temas abordados fueron: generalidades de la DM, alimentación saludable, y actividad física. Detallamos los encuentros con sus objetivos y dinámica. **(Anexo 3)**. Cada asistente recibió una **libreta personal de seguimiento**, donde poder llevar registro de sus valores, estudios realizados y pendientes. **(Anexo 4)**.

Luego de la presentación inicial se realizaba una puesta en común sobre el tema en cuestión del encuentro con distintas dinámicas lúdicas, se compartía una merienda

saludable, se entregaba material impreso sobre la temática en cuestión y receta del día. **(Anexo 5)**

Para que los participantes pudieran elegir las temáticas de los próximos encuentros se ofrecía un listado con temas propuestos para seleccionar según su interés, y la posibilidad de sugerir otros temas de manera abierta. **(Anexo 6)**

Durante un segundo momento se realizaba la atención individual por consultorio, la misma se desarrollaba en duplas Medicina General – Nutrición/ Medicina General – Clínica, allí se realizaba un seguimiento más específico de cada situación particular, historia clínica, examen físico, ajustes de tratamientos y gestión de estudios e interconsultas en el segundo nivel. **(Anexo 7, 8 y 9)**. Se realizó un grupo de whatsapp entre los asistentes para comunicar novedades y compartir información útil.

La participación fue variable: asistieron al primer encuentro 10 personas, al segundo 7, al tercero 6 y al cuarto 1. Transitaron por al menos uno de los encuentros, **un total de 19 personas**. Se realizaron 10 atenciones individuales en el mismo día, al finalizar el espacio grupal.

Se mantuvo un espacio semanal con el equipo de trabajo donde revisamos criterios en relación al abordaje y seguimiento de situaciones complejas, además de evaluar los encuentros y planificar los siguientes. **(Anexo 10)**

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Luego de haber realizado los primeros encuentros llevamos adelante una etapa de evaluación, tanto hacia dentro del equipo, cómo entre los sujetos participantes. Esta etapa coincidía con el mes de Agosto mes en que por situaciones de cronograma académico las distintas residencias debían reorganizarse y evaluar su continuidad en el proyecto. Se confeccionó un **formulario virtual**, mediante la herramienta de Google Forms, **(Anexo 11)** el cual se enviaba vía whatsapp o se completaba en la Unidad Sanitaria de forma anónima, a quienes habían participado de algún encuentro. De la encuesta virtual realizada **contestaron 9 de las 10 personas** a las que se les había enviado el formulario. Como datos relevantes, solo 2 respondieron haber asistido a todos los encuentros, todos respondieron que la duración de los mismos había sido adecuada y que se llevaron información y herramientas útiles para implementar. Entre

los hábitos incorporados mencionaron principalmente la ingesta de frutas y verduras, disminución de las porciones, nuevas recetas y usos para alimentos ya conocidos; uno solo refirió incorporar caminatas en su rutina y otro cuidados relacionados a la piel. En relación a las dificultades para asistir a los encuentros la mayoría mencionó problemas con el horario y dificultad para enterarse de los encuentros. Todos contestaron que quisieran continuar con los encuentros y cómo elementos a mejorar, la posibilidad de hacerlo semanal y mejorar la difusión de los mismos, una persona manifestó tener dificultades para implementar los consejos de los talleres debido a falta de recursos.

Por otro lado, el equipo de planificación evaluó la experiencia del trabajo realizado **mediante un Análisis FODA**, contemplando un análisis interno (las fortalezas y las debilidades) y el análisis externo (las oportunidades y las amenazas), el mismo se realizó en conjunto con las residencias de Medicina General y Nutrición, incluyendo a las compañeras ingresantes de primer año, que si bien no habían participado de la experiencia, evaluarían la forma de continuar también con estos encuentros (**Anexo 12**). Como conclusiones principales podemos mencionar entre las **fortalezas**, el **trabajo interdisciplinario y el pensar con otros como eje transversal, lo que permitió un aprendizaje conjunto para el equipo y la posibilidad de un trabajo integral y articulado**; la posibilidad de una buena referencia y contrareferencia con el segundo nivel de atención, debido sobre todo a la inserción de las residentes en ambos lugares; y el cumplimiento de los objetivos formales del taller relacionados a duración de los mismos y el contenido; por último la fuerte referencia de los sujetos participantes con la US MEC y con los agentes sanitarios de dicha institución, resultó ser tanto una fortaleza como una debilidad, ya que muchas veces la presencia o no de ese referente definía la asistencia al encuentro. Como otras **debilidades** se mencionaron, las dificultades en la **difusión y convocatoria**; mucho **tiempo entre los encuentros**, lo que entorpece la dinámica grupal y la continuidad en la asistencia; y las dinámicas propias académicas de las residencias que dificultaron la posibilidad de sostener el espacio en el tiempo. Se destacan como **oportunidades**, la disposición en US MEC de otros referentes y disciplinas para convocar en los encuentros (cómo CPA Ed. Física) y para el abordaje de situaciones complejas (mesa de trabajo transdisciplinario); la inserción y relevancia que tiene US MEC para la gente de la zona, el hecho de ser este un centro de dispensa de medicación PRODIABA; y el espacio de juegos saludables que desde el año

pasado funciona en la misma Unidad. Dentro de las **amenazas** se incluyen la falta de recursos materiales y humanos para la difusión y sostén de las actividades, no contamos con promotorxs de salud (lo que dificulta la difusión y el acompañamiento de los distintos procesos), ni línea telefónica más allá del whatsapp, ni espacio cerrado para realizar reuniones grupales; la población de la zona posee un acceso variable a los servicios básicos, no hay gas de red, ni aguas residuales, inadecuado abastecimiento de agua, por otro lado la situación económica entre los distintos integrantes de la comunidad también resulta muy variable.

En el marco de la elaboración de este trabajo **se entrevistaron de forma presencial a distintos referentes:** administrativa de US MEC, Médico Generalista, Residente de Nutrición y una vecina participante de los encuentros. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, implementado a través de una entrevista focalizada. Las respuestas a las preguntas abiertas se categorizaron mediante el análisis de su contenido, presentando aquellas más significativas, de manera textual. Dichas instancias abrieron muchos nuevos interrogantes hacia el interior del equipo y elementos para profundizar, coincidieron en la importancia de continuar los encuentros con mayor frecuencia, pero con menos agentes sanitarios, poniendo en primer lugar la formación del grupo y el fortalecimiento de los vínculos entre los participantes y sus redes vinculares, más que en la información en sí misma; por otro lado la dificultad de hablar de alimentación cuando no hay recursos y la necesidad de políticas pública que acompañen. **(Anexo 13)**

CONCLUSIONES

Luego de estas dos instancias de evaluación y las entrevistas realizadas, coincidimos al igual que los sujetos participantes en que los **encuentros grupales** son tan importantes y necesarios como creíamos desde un principio, sin embargo, la dinámica implementada quizá no fue la más acertada, es difícil fomentar la grupalidad con encuentros tan espaciados y con tanta variabilidad de participantes. Se cometieron errores importantes relacionados con las dinámicas grupales, por ejemplo ante la gran cantidad de agentes de salud en los encuentros así como el poco espacio de debate e intercambio entre los propios sujetos participantes que no permitieron desarrollar los vínculos entre ellxs mismxs. También resulta relevante el hecho de que las dinámicas

grupales en general son cada vez más difíciles de implementar en contextos que apelan cada vez más a las individualidades y la inmediatez, pero no en los procesos colectivos.

La planificación de este espacio y su ejecución fue un aprendizaje en sí mismo para nosotras, y un ejemplo de lo valioso que es la **formación integrada entre residencias**, desde compartir saberes entre distintas disciplinas, que pudimos incluir en nuestra práctica diaria hasta el hecho de sabernos red y trabajar codo a codo en el abordaje de las distintas problemáticas. La coordinación y las dinámicas grupales, no son elementos innatos de nuestras disciplinas, por lo cuál hubo mucho que aprender a prueba de falla y error.

Si bien la residencia de Medicina General continúa trabajando en el área programática de la US MEC durante los 4 años de su formación, la residencia de Clínica Médica rota por el primer nivel durante 3 meses de su último año y Nutrición durante el primer año realiza un gran trabajo comunitario en todas las zonas de Ensenada y Punta Lara, sin embargo este trabajo se discontinua al pasar a segundo año. Esta dinámica nos presenta un desafío ante la imposibilidad de sostener el mismo equipo de trabajo y queda en evidencia la **importancia que es para la formación de todas las residencias una mayor inserción territorial desde los primeros años, continuada en el tiempo y con un abordaje interdisciplinario**.

Hacia lo interno de la **US MEC**, se pone en evidencia una vez más lo mucho que se puede hacer con un **equipo que acompaña desde una perspectiva de derechos, con un fuerte anclaje territorial y un entramado de redes que se fortalece en el tiempo**, sin embargo las **limitaciones en los recursos** son una amenaza cotidiana al proyectar nuevos espacios de trabajo: no disponer de un espacio cerrado de reuniones, la ausencia de **Promotorxs de Salud**, y de línea telefónica.

En relación al acompañamiento de los distintos sujetos con diabetes, resultó difícil fomentar enfoques desde la **autocuidado** y el **apoyo al automanejo**, se debía insistir desde el médico de referencia para la asistencia a los talleres, y si bien se habló mucho sobre la importancia de los controles individuales e incluso se facilitaban turnos protegidos, no se logró ese seguimiento esperado en la mayoría de ellos. Este punto contempla una multiplicidad de aristas en relación al abordaje de las ECNT y todo lo que esto implica, nos resultó muy provechoso comenzar a hacer este análisis, nos dimos cuenta al final del trabajo que estábamos más lejos de entenderlo de lo que

realmente creíamos al principio. La alimentación como “pilar fundamental del tratamiento” es intrínsecamente un fenómeno social, creer meramente que con las recomendaciones individuales se pueden lograr verdaderos cambios resulta inútil, no podemos no incluir a la familia en su conjunto en este proceso de cambio, y no podemos implementar estrategias efectivas sin un estado que acompañe y garantice derechos, el acceso a una alimentación saludable: no es cuestión de voluntad, si no de **accesibilidad**.

Luego de este análisis, surge la **propuesta** de continuar con los encuentros, con una frecuencia semanal, con la participación de menos agentes de salud, corriendo el eje de lo teórico y las recomendaciones, para ponerlo en los sujetos participantes y lo que les sucede, fomentando la grupalidad desde un **espacio de encuentro e intercambio** entre pares, donde acompañarse y motivarse desde el autocuidado pero también desde la cooperatividad y la solidaridad con el otro. Se desprenden también de esta experiencia, distintas actividades que en los últimos meses se pusieron en marcha y contienen a muchos de quienes pasaron por el grupo de acompañamiento: como las **“Caminatas Saludables”** semanales, junto con Lic. Ed. Física de CPA y Residencia de Medicina General y la **“Huerta Comunitaria de US MEC”**. Continúan los espacios interdisciplinarios de acompañamiento de situaciones complejas en salud y las actualizaciones interresidencias.

Consideramos este relato como un punto de partida para interiorizarnos en algo que es mucho más complejo y que nos excede en distintos aspectos, pero que estamos dispuestas desde nuestro lugar a acompañar con nuevas y mejores herramientas, desafiarnos a innovar y seguir poniendo en crisis viejos modelos y preceptos.

BIBLIOGRAFÍA

-Ali-Brouchoud, J. M. (2013). Repensando las prácticas, mejorando la escucha. Un estudio de evaluación sobre el uso y adherencia a medicamentos en pacientes crónicos del centro de salud San Francisco III de la ciudad de Bariloche, Río Negro. Inédito.

http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Adherencia_repensando%20las%20praticas.pdf

-Alvear-Galindo, M.G. (2013). Una propuesta para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en unidades del primer nivel de atención. En Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 31. N° 1. Colombia.

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/issue/view/1355>

- Bosch, M. (2011). Manual de educación terapéutica en diabetes

-Candрева, A. y Paladino, C. (2005). Cuidado de la Salud: el anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo. En Universitas Philosophica. Vol. 4. N° 1.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9621/pr.9621.pdf

-Durante, E; Martinez, Belén; Malgay Saubidet, Sol; Meichtry, Pamela; Szumillo, Lila (2022). "Voces Ribereñas" Análisis Situacional de Salud de Punta Lara, Ensenada, Provincia de Buenos Aires.

-Domancich, N; (2004). Residencias Integradas Multidisciplinarias. Buenos Aires. Argentina.

-Elichiry Nora (2009) Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología. (Capítulo 9). Educacional. Buenos Aires: Manantial.

-Ferrandini, D. (2011) Algunos problemas complejos de salud.
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

-Gandolfi, A y Cortázar, M. (2006). El desafío de la interdisciplina en la formación de los profesionales de la salud. Curso Aspectos psicológicos de la atención sanitaria. Área de Salud. Cuarto Ciclo de la Carrera de Psicología. Universidad de la República. Uruguay.

https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf

-Holke de Ibarburu, C (2019). Propuesta de Educación Grupal para pacientes diabeticos Tipo 2. Universidad Pública de Navarra, España.

-INDEC. (2013). 3ra. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no transmisibles.

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/publicacion_enfr_2013.rar

-INDEC. (2019). 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

-Ley 23753. Ley de Enfermedad Diabética. (29 de Septiembre de 1989).

<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/6725.html>

-Ley 11.792. Ley del Programa de Prevención, Atención y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA). (27 de Mayo de 1996).

<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/8503.html>

-Ley 11620. Ley de Beneficios a Habitantes de la Provincia de Buenos Aires que Padezcan Diabetes (28 de Diciembre de 1994).

<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/8450.html>

- Maidana G.; Lugo, G.; Vera, Z.; Acosta, P.; Morinigo, M.; Isasi, D. y Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. En Memorias del instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. Vol. 14. N° 1. Paraguay.

<http://archivo.bc.una.py/index.php/RIIC/article/view/777>

-Malgay Saubidet, S; Durante, S; Potente, A (2022) Continuidad de Cuidados Diabetes Mellitus Tipo 2.

-Menéndez, E. (1998). Cap. 3. El modelo médico hegemónico, estructura, función y crisis. En Morir de alcohol, saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana.

https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/morir_de_alcohol_saber_y_hegemonia_medica_cap_iii_el_modelo_hegemonico_estructura_funcion_y_crisis_a_utor_eduardo_menendez.%20Cap.%203%20de%20Morir%20de%20alcohol.pdf

-Mimer Jaumer, M; Vidal, M (2022) “La educación como pilar de tratamiento”. Taller de Educación en Nutrición y Diabetes. Relato de experiencia en Morón sur.

-Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Unidad Temática 1. Abordaje Integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, modelo MAPEC. En REDES.

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000681cnt-manual-abordaje-integral-personas-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.pdf>

-Ministerio de Salud de la Nación (2018) Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Manejo integral en el primer nivel de atención.

-Ministerio de Salud de la Nación (2019). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-para-el-cuidado-de-personas-con-enfermedades-cronicas-no-transmisibles>

-Montenegro, D. y Herrmann, J. (2019) La clínica y la gestión de la Medicina General: el trabajo clínico y la gestión en situaciones de dificultad. Montenegro, D.; Herrmann, J. (comp.). Ed. Nuevos Tiempos.

- Ramos Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. Cuba.

http://www.cielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006

-Reiner Hernandez, L.; Caballero, A. y Muñoz, C. (2019) La Participación Comunitaria como eje de la Atención Primaria de la Salud. En Edumecentro. Vol. 11. N° 1. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

<http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v11n1/2077-2874-edu-11-01-218.pdf>

-Serrano, M (1998) El trabajo enfermero con grupos específicos: una prioridad. Metas de Enfermería. Madrid.

-Silva, R; Guzul, L (2023) Proyecto de integración local, HZGA Cestino, Ensenada.

-Stolkiner, A (2005). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales De Salud Mental, Argentina.

-Tenesi, Marcelo (2016). Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, una problematización desde la perspectiva de gestión de la atención en un efector de salud. (Tesis de Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud). Universidad Nacional de Rosario.

<http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/11/Tenesini.-Trabajo-final.pdf>

ANEXO

ANEXO 1 - Primera reunión de planificación



ANEXO 2 - Preparando materiales para el primer taller



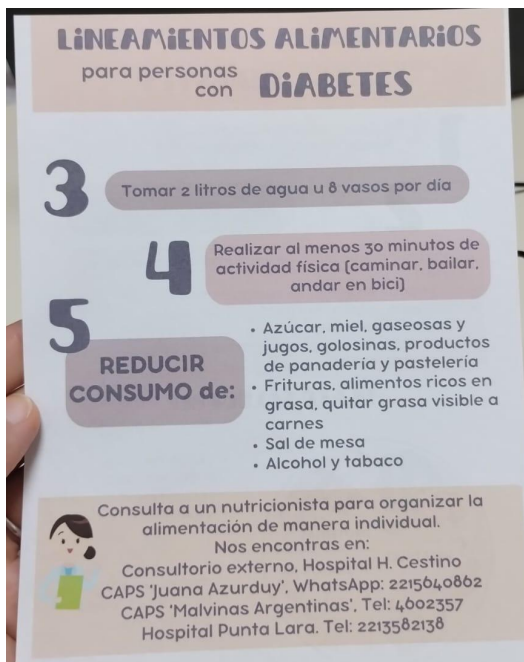
ANEXO 3- En la siguiente tabla se detallan los encuentros realizados:

Encuentro	Objetivos	Dinámica
Presentación y generalidades de diabetes	-Desmitificar y reafirmar conceptos sobre la diabetes (fisiopatología, tratamientos, cuidados)	-Presentación de los talleres -Presentación de participantes -Dinámica “mitos y verdades” acerca de la diabetes -Elección de temas a desarrollar en próximos encuentros. -Entrega de folletería
Alimentación saludable - primera parte	-Conocer los gustos y hábitos de la población. -Brindar estrategias para disminuir el índice glucémico y carga glucémica de los alimentos. -Alentar al consumo de legumbres, frutas y verduras, y la disminución del consumo de ultraprocesados.	-Introducción el concepto de <i>hidratos de carbono, glucemia</i> . -Índice glucémico (IG) y carga glucémica. Qué es y estrategias para disminuirlos. -Ejemplos de platos con IG elevado, adaptación de menús accesibles basados en la alimentación cotidiana de los participantes. -Entrega de material escrito, estrategias y recetas.
Actividad física (Con la participación de Lic. en Ed. Física CPA)	-Fomentar la realización de actividad física -Dar pautas para realizar ejercicio de manera segura	-Presentación de los tipos de ejercicios físicos y su importancia (aeróbico - resistencia-flexibilidad) -Precauciones en DM -Demostración práctica de ejercicios con elementos y uso de aparatos en “Plaza Saludable” -Generación de material audiovisual para compartir por grupo de whatsapp
Estrategias para adoptar los cambios de hábito	-Brindar herramientas para la puesta en práctica de los cambios en estilo de vida: cómo armar un plato equilibrado, gestión del hambre emocional y cómo organizar la alimentación diaria.	-Presentación del plato alimentario como herramienta gráfica -Armado conjunto de posibles platos saludables -Reflexionar sobre el hambre emocional

ANEXO 4 - Libretas de Cuidados entregadas a lxs participantes



ANEXO 5 - Material entregado en segundo encuentro



ANEXO 6 - Lista de temas para encuentros

TALLERES GRUPO DE SEGUIMIENTO EN PERSONAS CON DBT	
Temáticas para trabajar en próximos encuentros	
1) Alimentación adecuada para diabetes, armados de platos	☐
2) Causas de la Diabetes	☐
3) Tratamientos	☐
4) Complicaciones	☐
5) Diabetes, presión alta y otras enfermedades asociadas	☐
6) ¿Qué se busca en controles de laboratorio? Concepto de Hemoglobina glicosilada	☐
7) Cuidado de la piel y los pies	☐
8) Emociones ante el diagnóstico. La importancia de la comunicación y las palabras	☐
9) Planificación de compras semanales y lectura de etiquetas de productos	☐
10) Insulinas, que son y como se usan	☐
11) Actividad física	☐
12) Otros.....	

ANEXO 7 - Meriendas saludables: budines preparados para el encuentro



ANEXO 8 - Primer encuentro



ANEXO 9 - Encuentro sobre actividad física – Ivana (Profesora de Ed. Física) y Psicólogas sociales.



ANEXO 10- Algunas de las articulaciones realizadas fueron:

-M. Paciente de 32 años DM1 sin controles en los últimos años y con mala adherencia al tratamiento, se vinculó con Htal. Cestino consultorio de diabetes, nutrición e inscripción en el PRODIABA. Se gestionó turno a través de SAPS de

Ensenada (Servicio de Área Programática y Redes en Salud) con psicología, al cual no asistió. Continúa controles en US MEC.

-E. paciente DM2 con Obesidad Mórbida, HTA, depresión y dificultades para movilizarse para pensar un abordaje conjunto con el SAPS de Ensenada, turnos protegidos y traslados gestionados con el Municipio. Se evaluó la posibilidad de internación breve con Htal de Punta Lara para poder realizar los estudios pendientes e iniciar la rehabilitación allí mismo, a lo cuál no accedió. Continúa tratamiento por salud mental.

ANEXO 11- Formulario de devolución de experiencia para participantes del taller

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdEDyHozohD1_mKE4NdU0doOfGo3ZIXuCtdvooHgCzGLGROIg/viewform Matriz foda realizada por el equipo

ANEXO 12-Matriz FODA realizada por el equipo

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1-Trabajo interdisciplinario (en instancia grupal y en atención en consultorio) 2. Conceptos unificados, elaborados y consensuados previamente. 2-Abordaje integral y articulado de situaciones complejas de salud. 3-Buena referencia y contrarreferencia con efectores del segundo nivel. 4-Participación activa de la comunidad en la elección de los temas a trabajar. 5-Implementación de herramientas prácticas, entrega de material impreso. 6-Cumplimiento de los horarios estipulados y duración de los encuentros. 7-Fuerte referencia de los sujetos participantes con médicos generalistas de la US	1-Equipamiento disponible para realizar actividad física en la US MEC. 2-Relevancia de la US MEC como centro de atención de referencia de la zona 3-Contacto con personas diabéticas por ser centro de dispensa de medicación enviada por PRODIABA 4-Trabajo de otras instituciones en la US que facilitan redes y recursos humanos, cómo el CPA que cuenta con Lic. en Educación Física. 5-Mesa de trabajo transdisciplinario funcionando en la USMEC. 6- Cercanía de los sujetos participantes de los encuentros a la US MEC
DEBILIDADES	AMENAZAS
1-Fuerte referencia de sujetos participantes con un solo integrante del equipo de la US	1-Falta de recursos humanos y medios para difusión de las actividades.

2-Dificultades en convocatoria y difusión. Falta de mecanismos de evaluación del alcance. 3-Gran espaciamiento temporal entre encuentros. 4-Incapacidad de sostener el espacio por los mismos integrantes del equipo (cronograma académico de rotaciones de las distintas residencias) 5-Imposibilidad de completar el número de encuentros propuesto por dinámicas laborales.	2-No se cuenta con equipo de promotorxs de salud en la US. 3-Único lugar disponible para los encuentros resulta ser al aire libre (limitaciones climáticas) 4-Mala conectividad a internet/telefónica en la zona, lo que interfirió en la fluidez de la comunicación 5-Acceso variable a servicios básicos, no hay gas de red ni cloacas en la zona, inadecuado abastecimiento de agua. 6-Situación económica desfavorable de parte de la población.
--	---

ANEXO 13- Entrevistas realizadas

Entrevista N°1- Administrativa de la US, estudiante de Trabajo Social.

1- En relación a los encuentros para personas con DM, ¿qué aspectos positivos destacarías?

Nos permitió **regularizar la situación de muchos pacientes**, si bien todos ya estaban en programa, muchos de los nuevos inscriptos no estaban en una situación regular. Veníamos viendo hace rato que dispensamos medicación a pacientes que no estaban viniendo a sus controles, estas instancias nos permitieron hablar con la gente cuando venía a buscar la medicación y facilitarles una vía de entrada más sencilla y rápida al sistema de atención y seguimiento de pacientes. Por otro lado pudimos **sistematizar pacientes que si bien eran diabéticos** no los habíamos contemplado en un primer momento ya que se atendían en la US, pero **no retiran mediación (tenían OS o PAMI)**.

Otro aspecto a destacar, fue la **dinámica de taller seguido de atención por consultorio**, esto aceleró la atención de pacientes que no estaban viniendo a sus consultas o que no pedían turnos programados, permitió priorizar la atención de esas personas.

2-¿Qué elementos mencionas como negativos?

La dificultad en sostener la presencia de todos los participantes. **Nos está pasando con todos los espacios grupales, cada vez la grupalidad convoca menos**, todos quieren ser atendidos pero dentro de su individualidad y sin encontrarse con

otros, no quieren y ni lo intentan, por ejemplo una de las vecinas que vino a un encuentro me comentó después que **“se había sentido incómoda”**, no acostumbraba estar con tanta gente y la situación de encontrarse con otros y tener que expresarse en voz alta le generó mucha ansiedad. Coincidió también con que **eran muchas personas de la organización en el momento del taller y en la atención, y no todos se sienten cómodos con eso, no se terminaba dando el espacio para que se desarrollara el vínculo entre pares y la grupalidad.**

Se buscó situar los talleres en la realidad social del barrio, pero inevitablemente al hablar de alimentación se hieren susceptibilidades, **“¿qué comemos cuando no tenemos?”**, cuánto de eso se puede elegir y planificar y **cuánto se termina haciendo desde lo que tenemos**. Si bien desde la Municipalidad se dispone de ayuda económica y entrega de bolsones de alimentos, **no hay políticas pensadas en relación a quienes tienen Diabetes, Hipertensión, Colesterol alto..también necesitan una alimentación distinta como alguien que tiene Celiaquía, pero no tienen un bolsón distinto para estas personas, que venga un paquete de lentejas no es solución, no te alcanza para nada.**

Conociendo a los participantes y lo que pude escuchar en los encuentros, **entre los mismos participantes había muchas diferencias en relación a lo económico y el acceso**, mientras que algunxs preguntaban por los distintos tipos de harina y el “Stevia”, otra vecina me decía que no iba a participar más ya que el único ingreso que tenía era del bolsón que se entrega y **“no puedo generar cambios con lo que me toca”**.

Otra cosa es que no llegaron a venir familiares a los encuentros, y **en una familia comen todos lo mismo**, entonces deberían venir todos a los talleres y poder entender la importancia de estos cambios para todo el grupo familiar, **“la alimentación es un ritual familiar, no podemos individualizar a las personas cuando hablamos de alimentación”**

En relación al **espacio físico** también nos viene pasando, no era la situación ideal que se hagan afuera, pero acá en “El Emma” decimos que es un lugar para todos, que si a todo lo que se quiera hacer y todos los que quieran venir, pero **después no tenemos espacio físico para sostener eso.**

Entrevista N°2 - Médico Generalista de la US no participante de los talleres

1- ¿Realizaste difusión de la actividad en tu espacio de atención?

Difundí, pero muchos me dijeron que no porque les gusta el espacio individual y “que los atiendan”, otros fueron pero se abordaban temas que él ya había abordado con sus pacientes en consultorio.

2-¿Qué aspectos positivos te parece que tiene la realización de estos espacios?

Me pareció muy positivo la **participación de otras disciplinas y de las chicas de Nutrición ya que son muy didácticas, a los medicxs nos cuesta mucho la expresión oral familiar y adecuada**, no somos claros para explicar terminamos usando muchas veces palabras o frases que no se termina de entender lo que genera barreras.

3-¿Te parece importante que existan estos espacios?

Si, está probado que generar este tipo de espacios grupales genera mejores resultados. En particular yo creo que la gente busca lugares que le generan confianza, y eso se logra con el tiempo, y estando. Si noto que ciertos **pacientes generan una referencia muy fuerte con algunos medicxs de la US, porque les tiene confianza, pero después es difícil lograr que generen referencia con otros** medicxs o espacios, por ejemplo me pareció muy evidente que al estar participando Lila y la Residencia de Medicina General de manera presencial en los talleres, los pacientes que realizaban seguimiento con ellxs entonces seguían yendo, no pasaba lo mismo con los que yo seguía.

Otro motivo por el que son relevantes estos espacios, es porque si bien, **todos en la US nos tomamos el tiempo de priorizar la escucha en la consulta, y hablar sobre todos los pilares del tratamiento, incluso de la alimentación, son temas que se deben abordar más de una vez**, y al realizar seguimientos de ECNT, son tantas las cosas a tener en cuenta que **muchas veces ese hilo de seguimiento se pierde o se interrumpe, además de lo desgastante que resulta para nosotros así como para el paciente tener consultas tan largas.**

Entrevista N°3 - Residente de primer año de nutrición

1-¿Qué aspectos positivos destacamos de esta experiencia?:

Fue una experiencia muy buena, que **todo el equipo de la US MEC estuviera comprometido, desde la planificación a la difusión**, otra cosa positiva fueron las **reuniones posteriores** donde planificamos y analizamos cada caso en particular.

Entre uno de los casos recuerdo el de M, una señora con obesidad mórbida y dificultades para movilizarse, el poder organizarnos en relación a sus problemáticas y lo que le estaba pasando, **que todas tuviéramos en la cabeza articular y acompañar**, me pareció muy enriquecedor para la situación y para nosotras aprendiendo a la par con cada aporte, además que fue una instancia en que articulamos con otros espacios como el SAPS.

Otras dos cosas que destaco son **la importancia que todxs le dieron a la alimentación**, tan importante como todos los demás pilares del tratamiento de la DM y el espacio de **consultorio de duplas inter residencias** que resultó muy provechoso para todas.

2-¿Qué aspectos para mejorar destacarías?

Que venga más gente ya que fue mucho trabajo y cabeza y es una pena que no se pueda aprovechar más, **mejorar difusión y la continuidad de las fechas de los talleres.**

Entrevista N°4 - “M” vecina, persona con DM, participante de los talleres

1-¿Te resultan útiles los encuentros grupales?

Espacio de **motivación y pertenencia**. Me siento cómoda hablando con otras personas que están pasando por lo mismo que yo, **rescato muchas cosas de las experiencias que cuentan los otros.**

2-¿Lograste implementar algún cambio positivo en tus hábitos luego de estos meses?

Estrategias y consejos alimentarios que no conocía.

3-¿Qué mejorarías del espacio?

Más cortos y semanales sostenidos en el tiempo. En estos encuentros **no se llegó a generar el vínculo entre los participantes, eran muchos profesionales y se generaba más una dinámica de exposición, no de diálogo entre pares.** Era información que en general conocemos, lo que necesitábamos era el apoyo de pares.