

## PERCEPCIONES SOBRE LA DIABETES Y SU PADECIMIENTO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DIABÉTICAS Y FAMILIARES DE UN ÁREA URBANA DE COSTA RICA

*Patricia Sedó Masís\**

**Resumen:** Se estudian las percepciones sobre la diabetes mellitus (DM) en un grupo de personas adultas mayores diabéticas (PAMD) y sus familiares de un área urbana de Costa Rica. Existe un dominio de un concepto negativo sobre la enfermedad asociado a poca información y apoyo en el seno familiar y los servicios de salud, lo que, a su vez, favorece conductas de pobre autocuidado y falta de control de la enfermedad. El diagnóstico es descrito como una crisis que trajo a las personas sensaciones de dependencia, cambios negativos en su vida cotidiana, sentimientos de odio, resignación, desesperanza de curación y muerte, sin diferencias según género ni años de diagnóstico. Lo anterior se une a una visión estereotipada de la vejez, lo que genera sentimientos diversos en la PAMD y su familia, dado que no saben cómo actuar o no detectan con prontitud los problemas. Las percepciones sobre la DM y el impacto que tienen en las formas de pensar y de actuar de la PAMD y las familias exige la definición de políticas y de programas educativos y de atención con un enfoque integral y gerontológico para contrarrestar esas visiones estereotipadas y negativas y propiciar cambios en la forma de enfrentar los problemas de salud crónicos en los planos individual, familiar, comunitario e institucional en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

**Palabras claves:** persona adulta mayor, diabetes mellitus, atención en salud, enfermedad crónica.

**Abstract:** This study of perceptions study on Diabetes Mellitus (DM) was carried out in a group of elderly diabetics (PAMD) and their relatives of an urban area of Costa Rica. There was a predominant negative concept of the disease, and this was associated with a poor information and support from the family and health services. This negative concept favored poor self health care and disease control. The diagnosis is described as a crisis that causes sensations of dependency, negative changes in their daily life, feelings of hatred, resignation, without hope in terms of treatment and death; this diagnosis was found in both sexes and in all age groups. The situation combines with stereotyped vision of ageing with generates diverse feelings in the PAMD and their families, as they do not know how to act and their problems are not adequately detected. The perception of Diabetes Mellitus and the impact these have on the way the PAMD and their families think and act, demands the creation of policies and educational and assistance programs with an integral and gerontological perspective in order to counteract these stereotyped and negative visions and to produce changes in the way chronic health problems are dealt with at the individual, family, community and institutional levels in the search for a improved quality of life.

**Keywords:** elderly, Diabetes, attention in health, chronic disease.

---

\* Dirección electrónica: [patricia.sedo@ucr.ac.cr](mailto:patricia.sedo@ucr.ac.cr)

## INTRODUCCIÓN

Costa Rica muestra una situación de transición sociodemográfica caracterizada por un rápido crecimiento de la población mayor de sesenta años de edad. Paralelo a este importante cambio, en las últimas décadas se ha verificado en el nivel mundial y nacional, la presencia de un fenómeno de polarización epidemiológica por el cual las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la diabetes mellitus (DM), ocupan un lugar importante en la estructura de morbilidad y mortalidad de la población (OPS, 2001).

Según Brenes y Rosero (2007), en el país cerca del 23,4% de personas adultas mayores padecen de DM y la mitad de estas no disponen de un buen control de la enfermedad. Existen diferencias según sexo, siendo mayor la prevalencia en mujeres (27,5%) que en hombres (18,8%).

Los factores asociados con la prevalencia de la enfermedad en la población mayor costarricense son la poca actividad física, obesidad e historia familiar de DM. Por otro lado, las personas mayores sin pensión también tienen un riesgo de descontrol de la enfermedad, quizá por la falta de medios económicos para seguir con una dieta adecuada y mantener una buena calidad de vida (Brenes & Rosero, 2007).

Un estudio sobre morbilidad, reportado en el 2006, señala que la diabetes se encuentra entre las principales condiciones crónicas autorreportadas. Para aquellas personas mayores quienes reportaron padecer DM, se encontró que un 60% registra menos de diez años de padecer la enfermedad y el 72,1% de las personas diabéticas también padece de hipertensión arterial, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones en la salud (Méndez & Santamaría, 2008).

La alta prevalencia e incidencia de la DM en Costa Rica hace que esta enfermedad se considere como un serio problema de salud pública, debido a las complicaciones de salud y el riesgo de pérdida de funcionalidad y discapacidad, asociada a la falta de educación y de asistencia oportuna.

De ahí que resulte importante indagar sobre las percepciones que tienen las personas mayores y sus allegados sobre la enfermedad y el significado de padecerla, información que podría representar un insumo importante para el desarrollo de políticas públicas que fortalezcan las acciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas, así como en la implementación de modelos de atención con un enfoque más integral, que tomen en consideración las necesidades reales de la población senescente, dado el impacto que tiene esta enfermedad en su salud y calidad de vida.

Tomando en cuenta lo anterior, se propuso realizar la presente investigación, la cual tiene como objetivo estudiar las percepciones de la diabetes mellitus y de su padecimiento en un grupo de personas adultas mayores diabéticas (PAMD) y sus familiares residentes en el Gran Área Metropolitana de Costa Rica durante el período comprendido entre el año 2003 y 2007.

## II. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA DM Y EL PADECIMIENTO DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

La DM se define como un padecimiento crónico de etiología incierta, un comienzo insidioso, con alternancia de períodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo (OPS, 2001).

La Organización Panamericana de la Salud (2001) refiere que la población femenina es la más afectada (relación 1,2:1 en América Latina, y 1,5:1 en Costa Rica).

El tipo de diabetes más frecuentemente presentada por las personas adultas mayores es la DM tipo 2. Por lo general, la enfermedad se presenta en esta población de manera asintomática; pueden tener glicemias elevadas sin presentar los síntomas característicos, entre los que se encuentran el excesivo sueño, diuresis, sed y pérdida de peso importante con alteraciones en el apetito o sin este. Pueden asociarse también síntomas como visión borrosa, astenia, somnolencia, susceptibilidad a las infecciones, sobre todo urinarias, entre otros (Seclén, 2003).

Tomando en cuenta la falta de percepción de los síntomas o la facilidad con que las personas mayores y sus familiares confunden los síntomas propios de la enfermedad con comportamientos asociados de manera errónea a la vejez, como la tendencia al cansancio, excesiva diuresis, pérdida de la vista o somnolencia, es que se hace necesario evidenciar estas situaciones con el fin de que se tomen las medidas pertinentes en el momento justo, antes de que el problema de salud sea mayor (Seclén, 2003).

Las medidas de prevención de la DM en la persona adulta mayor están dirigidas a combatir los factores de riesgo modificables, entre los que se destacan la obesidad, el sedentarismo, las hiperlipidemias, la hipertensión, el tabaquismo y la malnutrición (OPS, 2001).

Cerca de una cuarta parte de la población adulta mayor padece DM y un alto porcentaje tiene una condición de riesgo a desarrollarla. En el caso de Costa Rica, Morice *et al* (1999), describen un perfil de

la persona diabética tipo 2 en Costa Rica caracterizado por un pobre control glicémico y la presencia de hipertensión, dislipidemias, obesidad, sedentarismo, complicaciones crónicas (retinopatía y nefropatía), condición socioeconómica baja y limitados conocimientos sobre la enfermedad y su control. Muchos de estos aspectos también fueron identificados en un estudio realizado por el Centro Centroamericano de Población referido a la prevalencia de DM en población adulta mayor de Costa Rica (Brenes & Rosero, 2007).

Para lograr un buen control de la enfermedad, además de tener acceso a los servicios de salud y obtener la atención médica, es necesario que la persona enferma y su familia dispongan de los conocimientos y de las habilidades básicas para enfrentar diversas situaciones en la vida cotidiana que son determinantes en el control, entre ellas la alimentación y el manejo de medicamentos.

Por su parte, quienes tienen la tarea de atender a la población adulta mayor, deben estar alertas a cómo prevenir complicaciones y ofrecer una atención con un enfoque integral, con base en las particularidades de este grupo poblacional y la importancia de involucrar a la familia en los procesos educativos para prevenir la enfermedad o bien, promover un buen control en el caso de padecerla.

Sea cual sea el proceso seguido por un individuo que se siente enfermo, es necesario considerar que la salud y la enfermedad son conceptos abstractos y subjetivos para las personas, y existen múltiples factores personales, sociales y culturales que llevan a los individuos a enfrentar los problemas de salud de una forma muy particular y diferente, según sus situaciones particulares (Rickheim *et al*, 2002; Sandrín, Brusco & Policante, 1992).

### III. MARCO METODOLÓGICO

La investigación es de tipo cualitativo, basada en el enfoque de fenomenología social. La recolección de datos se realizó durante el período comprendido entre los años 2004-2007. Se aplicaron entrevistas a profundidad y se desarrollaron grupos focales; se complementó la información con revisión documental.

La población informante estuvo constituida por 50 PAMD (25 mujeres y 25 varones) y 12 familiares, residentes en zonas urbanas de San José, quienes participaron de forma voluntaria. La edad de los y las participantes estuvo comprendida entre 60 y 85 años de edad, con diagnóstico de DM desde hace más de un año. Se requirió contar con personas estables, funcionales y con capacidad para hablar, escuchar y participar con facilidad. En cuanto a los requisitos de selección de los parientes se consideró la participación voluntaria y la convivencia o trato cercano con la PAMD.

Para facilitar el manejo y análisis de los datos cuantitativos se utilizó el programa *Excel versión 4.0 Windows 97*. Respecto a los datos de índole cualitativo se siguió el esquema propuesto por Valles (1997).

### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La edad promedio de las PAMD fue de 66,4 años, siendo los varones un poco más envejecidos. La mayoría de las PAMD (90%) se encontraba en matrimonio o en unión libre, lo cual es un indicador de que cuentan con una pareja y, aunque esto no asegure que disfrutaran de compañía, es una condición favorable si se toma en cuenta a la familia y al cónyuge como una red de apoyo.

Respecto a la escolaridad, la mayoría (65%) tenía estudios primarios incompletos, siendo las mujeres las que presen-

taban menor escolaridad (el 75% tenían estudios primarios incompletos, en comparación con el 30% de los varones en la misma situación).

Sobre la ocupación actual, 14 mujeres y 10 varones se dedicaban a labores en el hogar no remuneradas. Más de la mitad de las mujeres dependía de la pensión del esposo o disfrutaba de una pensión de régimen no contributivo. Esta situación de dependencia económica en las mujeres se reafirma cuando la mayoría manifestó que su principal fuente de financiamiento eran los aportes brindados por sus cónyuges, hijos e hijas o hermanos.

En referencia a la participación en actividades recreativas, cerca de un 75% de las mujeres mencionó combinar diferentes actividades de tipo recreativo y religioso, no así los varones, quienes presentaban mucha menor participación y socialización más allá del ámbito familiar.

Se encontró  $13,0 \pm 7,2$  años de diagnóstico y  $10,2 \pm 7,8$  años de control médico. Las mujeres, a diferencia de los varones, iniciaron el control de la enfermedad casi inmediatamente después de que fueron diagnosticadas, tiempo que supera los diez años en promedio.

Con referencia al control de la enfermedad, todas las personas participantes en el estudio recibían atención por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ya sea en los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), clínicas u hospitales. Como parte del control de la salud, para las personas es primordial la consulta médica y el rol del profesional en Medicina.

El tipo de tratamiento seguido es variado; se resalta la dieta y el uso de hipoglucemiantes orales e insulina. Aunque un bajo porcentaje citó la medicina alternativa como parte del control de la DM, con el

desarrollo de la investigación se pudo comprobar que su uso es generalizado y muy frecuente.

Se presenta en menor grado de importancia el ejercicio y el cuidado de los pies, aspecto fundamental, dado que, según el protocolo de manejo de la enfermedad de la CCSS (2002), estos dos últimos aspectos son claves como medidas de autocuidado.

En cuanto a los familiares, se contó con la participación de 12 personas, de las cuales la mayoría era familiares de varones diabéticos (67%), nueve eran mujeres informantes (75%) y tres (25%) también padecían de DM. Respecto al parentesco, el 50% era hijas. La edad promedio de los y las familiares fue de 40,9 años.

En relación con la convivencia, 6 familiares (50%) vivían en la misma casa y conocían claramente la situación que enfrentaba el familiar enfermo. Las personas que no convivían con la persona enferma mantenían una estrecha relación, cumpliendo diferentes roles, desde proveedores hasta acompañantes.

#### SIGNIFICADOS DE LA DM

La DM es definida por los y las participantes como enfermedad desde la experiencia física o corporal, sin diferencia según género. Esta concepción biológica de la enfermedad coincide con la percepción que sobre esta han determinado otros estudios, tal es el caso de Ruiz (1997); Araúz *et al* (2001); Palma (2001) y Clarke (2001).

Para las personas entrevistadas, tanto el diagnóstico como el control médico se basaron de manera exclusiva en el indicador glicemia, lo cual hace pensar que este hecho refuerza esa concepción de la enfermedad desde lo orgánico; un problema atribuible a alteraciones en la sangre que provoca sensaciones, a veces, percibidas

de manera intensa por algunos pero, para otros, imperceptibles, lo cual es más problemático, dado que la falta de síntomas provoca que las personas recurran menos a los servicios de salud.

La mayoría de las PAMD asocia la DM con términos tales como: “mala”, “terrible”, “jodida”, “incurable”, “traicionera” y “progresiva”. Además, se relaciona con alteraciones en la sangre y, por consiguiente, se cree que genera problemas serios en la salud de las personas e, inclusive, que los lleva a la muerte.

Un concepto similar está presente en el discurso de los y las familiares quienes también la definen, desde el referente orgánico, como una enfermedad incurable y progresiva. Es así como se destacan términos tales como: “terrible”, “maligna”, “incurable” y “mala”.

Respecto a la referencia despectiva de la enfermedad por parte de las PAMD, se rescatan términos tales como: “cochinada”, “cosa”, “calvario”, “sacrificio”, “cruz” y “castigo”, en las mujeres, y “carajada”, “putada”, “cosa”, “cochinada”, “carambada” y “mierda”, en los varones entrevistados.

En relación con la identificación de la parte del cuerpo que más se asocia con la enfermedad, se encontró que varias PAMD y familiares la relacionan con un mal funcionamiento del páncreas pero, también, se cita al hígado y a los riñones.

También se identificó el sentir con respecto a una enfermedad que daña todo el cuerpo, por cuanto la sangre lo recorre totalmente. Ejemplo de lo anterior se resume en lo citado por una señora: “tener diabetes es como tener la sangre amelcochada, espesa, que daña todo el cuerpo”.

Creencias tales como que una transfusión de sangre podría mejorar la salud, por cuanto se está cambiando la “sangre mala” o que tomando ciertas infusiones buenas

para el funcionamiento del riñón, también puede llevar a la curación o buen control de la DM, son algunos de los ejemplos que se podrían citar relativos a la asociación directa que las personas hacen entre la DM y el funcionamiento del sistema circulatorio y renal.

En el caso de los y las familiares, se manifiesta una visión de pérdida de la esperanza de curación y la necesidad de brindar cuidados especiales a la persona enferma para evitar las complicaciones. Esa sensación manifestada por los y las familiares constituye una barrera importante que debe tomarse en cuenta en los programas educativos, por cuanto la desesperanza encontrada en las personas adultas mayores se refuerza con actitudes negativas o pesimistas por parte de sus cuidadores.

Al tomar en cuenta la visión negativa y la evolución crónica de la enfermedad, se presentan analogías con otras patologías, en especial con el cáncer, aspecto que surge de manera reiterativa en el discurso individual y en el grupal, tanto en varones como en mujeres, así como también en los parientes.

Según Sandrín, Brusco & Policante (1992), la palabra cáncer suscita, en la mayoría de las personas, angustia y una verdadera y auténtica oleada de sentimientos negativos con la presentación de imágenes de dolor, sufrimientos terribles y la muerte. De acuerdo con estos autores, socialmente el cáncer se ha convertido en el símbolo de la muerte, y el miedo al cáncer ocupa el puesto del miedo a la misma muerte.

La vulnerabilidad y el riesgo a la complicación en las personas mayores diabéticas entrevistadas es una situación percibida que, según ellas, puede emerger en cualquier momento. Los principales temores a complicaciones están asociados al riesgo de una pérdida física o amputación,

a un infarto y, de manera más drástica, a la muerte inevitable.

El temor a la pérdida física se presenta desde el momento mismo del diagnóstico, miedo fundamentado por la aparente información amenazante que se le brinda en el servicio de salud y la experiencia vivida por homólogos cercanos, según lo indicaban familiares. Al respecto mencionaba un señor: *“cuando a mí me dijeron que yo era diabético, yo ya me imaginaba con las dos piernas amputadas”*.

A pesar de manifestar el miedo a las complicaciones, estas se reconocen como algo inminente a la DM, pero pocos individuos tienen claro que una atención oportuna y control adecuado de la enfermedad, puede evitar las complicaciones y que las personas diabéticas pueden seguir una vida normal.

#### CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

Como parte de la construcción del concepto de la DM, se determinó una clasificación basada en el tipo de medicamentos y la percepción del control de la enfermedad.

La DM se clasifica como *“peligrosa”*, *“dañina”* o *“severa”*, cuando es necesario administrar insulina. Se valora como *“menos peligrosa”*, *“ocasional”*, *“no tan dañina”* o *“leve”*, cuando el tratamiento se basa en hipoglicemiantes orales. Ello hace suponer que existe una concepción particular respecto a la insulina como una sustancia peligrosa para la salud.

Dichas clasificaciones, basadas en el tratamiento farmacológico, son también comunes en el discurso de los parientes. La tendencia a clasificar la enfermedad tomando como referencia el tipo de tratamiento también fue identificada en el estudio de Aráuz *et al* (2001).

Es importante destacar que la pérdida de la vista, los problemas cerebrales y el daño renal fueron relacionados por las personas entrevistadas directamente con el uso de la insulina, un mito manejado tanto por las personas diabéticas como por sus familiares.

El miedo a llegar a padecer una de las complicaciones antes mencionadas, hace que las personas, desafortunadamente, tomen la decisión de modificar o hasta suspender, de manera temporal, la terapia insulínica, lo cual es preocupante por cuanto no existe fundamentación científica que atribuya a la insulina esos efectos adversos en la salud.

La terapia con insulina, en diabéticos tipo 2 insulínodpendientes, es necesaria para mantener los niveles de glucosa en sangre. Las alteraciones en el tratamiento sin supervisión médica es uno de los aspectos que deben tomarse en cuenta en el diseño de programas educativos, por cuanto es constante el hallazgo en varios estudios en los ámbitos nacional e internacional de esta práctica asociada a mitos sin fundamento sobre la insulina y los efectos negativos en la salud (Programa de Gerontología, 2005).

ELEMENTOS “DETONANTES” DE LA DIABETES MELLITUS

Respecto a la aparición de la enfermedad, la mayoría de las PAMD y sus familiares mencionan un factor “detonante” o “disparador” de la DM. Su mención aparentemente responde a la necesidad de encontrar una explicación del por qué del desarrollo de la enfermedad, la cual no se esperaba aun cuando el problema era evidente en la familia. Inclusive, en la búsqueda de explicaciones de la emergencia del problema se evidenciaron sentimientos de culpa, los cuales, a veces, eran depositados en otros, actitud más común en los varones.

Existen elementos “detonantes” mencionados de manera reiterada por las mujeres y los varones diabéticos, entre los que se destacan la herencia familiar, el estrés, el nerviosismo y la alimentación. La vejez se menciona como un posible elemento “detonante”, principalmente en el grupo de varones y familiares. En el Cuadro 1 se presenta mayor información al respecto.

Cuadro 1  
Elementos “detonantes” de la diabetes, según la opinión de las personas adultas mayores diabéticas y sus familiares.  
Tres Ríos, Costa Rica, julio, 2007

<b>Mujeres mayores diabéticas</b>	<b>Hombres mayores diabéticos</b>	<b>Familiares</b>
Herencia familiar.	Herencia familiar.	Herencia familiar.
Estrés.	Exceso de trabajo.	Alta ingesta de medicamentos.
Nerviosismo.	Ingesta de licor.	Problemas de hígado o de páncreas.
Fuertes gripes.	Fumado.	Vejez.
Embarazo.	Fuertes gripes.	Estrés.
Alto consumo de azúcar.	Vejez.	Nerviosismo.
Ingesta de estrógenos y menopausia.	Alto consumo de productos ricos en azúcar y grasas (procesados y comidas rápidas).	Tristeza.
	Alimentos contaminados con agroquímicos y plaguicidas.	
	Ambiente laboral y uso de sustancias peligrosas.	

El hecho de que las personas asocien un elemento de sus vidas como detonante de la enfermedad, es un factor importante de tomar en cuenta en el momento de desarrollar actividades educativas dirigidas a aquellas personas que recién han sido diagnosticadas. Lo anterior, tomando en cuenta cómo estas situaciones pueden afectar de manera significativa las formas de actuar de las personas, el manejo de culpas y su incidencia en la toma de decisiones personales y familiares.

#### SÍNTOMAS FÍSICOS DE ALTERACIÓN Y COMPLICACIONES

Los síntomas físicos se convierten en la experiencia concreta de que el cuerpo no está funcionando normalmente. Dichos síntomas se experimentaron cuando sobrevino el diagnóstico (síntomas de hiperglicemia) y posterior a este, como parte del descontrol de la enfermedad y de las complicaciones.

Los síntomas son descritos de forma muy similar por las mujeres y por los varones; se destacan problemas tales como visión borrosa, mareos, sudoración profusa y somnolencia, independientemente de si se trata de hipo o hiperglicemia. Se presenta una mayor dificultad para identificar la hiperglicemia, y poco se conoce acerca de las medidas inmediatas para disminuir la glicemia. Existe confusión para identificar si la sintomatología corresponde a la DM o a otra enfermedad, como podría ser la elevación plasmática de colesterol o hipertensión arterial. Lo anterior debido a que, según las personas entrevistadas, los síntomas son muy similares.

El tiempo entre la identificación de síntomas y la decisión para ir a consulta médica pudo darse en horas, días o hasta meses. Los varones eran los que más ten-

dían a prolongar ese tiempo, producto del pobre autocuidado.

También se determinó la relación existente entre las alteraciones en los niveles de glicemia y ciertos acontecimientos de la vida cotidiana. Aquellas situaciones que conllevan a impresiones fuertes como alegrías, tristezas o cóleras se relacionan, generalmente, con alteraciones en los niveles de glicemia.

#### EL SIGNIFICADO DEL DIAGNÓSTICO Y DEL PADECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Comúnmente, el diagnóstico se describe como una experiencia de crisis vital muy negativa e inesperada, sin diferencia por género ni años de diagnóstico. Dicha situación se recuerda como un acontecimiento que trajo consigo dependencia y cambios en la vida cotidiana, descrito también por los parientes.

Es importante resaltar que la comunicación del diagnóstico marca la vida de las personas informantes, al tomar como base las palabras brindadas por el personal médico en ese momento de crisis. Para ilustrar lo anterior, se presenta el siguiente relato brindado por una señora diabética:

“para mí fue algo terrible el día que me dieron esa noticia en la clínica. Cuando la doctora me dijo: usted es diabética, yo me fui directo para la casa y me encerré en el cuarto a llorar y llorar, era algo inconsolable, como si me hubiera muerto en persona. Y eso que en la familia, ya papá y mamá y un hermano padecían de eso”.

Las formas en que las personas reaccionan ante el diagnóstico varían según el referente individual y de género. Entre las reacciones manifestadas por los varones,



en algunos casos identificadas también por los familiares, figuran el asombro, la cólera, el sentimiento de inutilidad y de proximidad a la muerte y la indiferencia que conllevaba a la posposición del control.

En el caso de las mujeres, se destacan la inseguridad y el miedo a estar solas, resignación, mayor curiosidad y deseos de información, sentimientos de culpa y vergüenza, deseos de ponerse en control médico de inmediato y sensación de inutilidad e impotencia.

La percepción de cambio pos diagnóstico está también presente en el discurso de los parientes, asociado principalmente con la pérdida de bienestar en las personas enfermas, modificaciones en el estilo de vida personal y familiar y, en especial, a cambios en el carácter o en el estado emocional de la persona enferma, lo cual genera conflictos familiares.

Relacionado con el sentir del padecimiento, se presentan sensaciones de impotencia, inseguridad, incertidumbre, soledad, incompreensión y aislamiento social, las cuales son manifestadas de diversas maneras por las personas enfermas y por familiares.

Las reacciones emocionales tienen sus diferencias según género. Para los varones, la pérdida de la tranquilidad y la alegría se manifiestan en aislamiento y conductas “berrinchosas” y explosivas; es decir, momentos de extremada cólera que se expresan mediante enojo, gritos y deseo de estar solos. Por otro lado, algunos varones manifestaban aislamiento social y preferían estar encerrados en sus dormitorios o salir de la casa y trabajar para “*olvidarse del problema*”. El llanto fue mencionado solamente por un varón.

De forma contraria, la mayoría de las mujeres describe la llegada de la DM como pérdida de tranquilidad y alegría y

momentos frecuentes de llanto, tristeza, soledad, cambios en el trabajo doméstico, manifestado como deseos de no hacer nada o buscar “qué hacer” en la casa.

Respecto a los principales cambios asociados con el padecimiento de la DM, cabe señalar que la mayoría cita, entre los cinco primeros lugares, la alimentación, la depresión, el cansancio, la dependencia a medicamentos y la sensación de pérdida de bienestar.

Aunque no lo indicaron en el momento de la entrevista, en el transcurso del estudio se pudo identificar, como otra repercusión, la limitación para participar en actividades sociales, asociada, de manera particular, a las barreras en alimentación y el miedo a complicaciones. Este hecho es sumamente preocupante, por cuanto el aislamiento social es una condición de riesgo para las personas adultas mayores, quienes por su condición de salud deben más bien fortalecer las redes sociales y buscar actividades que enriquezcan la convivencia y la inversión positiva del tiempo libre.

#### VEJEZ Y ENFERMEDAD: VISIÓN CONSTRUIDA DESDE LA EXPERIENCIA

Se detectó una confusión o traslape respecto a los síntomas propios de la enfermedad y aquellos relacionados supuestamente con la vejez, lo cual hace que las PAMD y sus familiares pospongan ciertas decisiones que inciden directamente en su calidad de vida.

Se presentan pobres conductas de autocuidado, más evidenciadas en los varones que en las mujeres, que los llevan a un juego peligroso entre la percepción de los síntomas y los límites de manejo dentro del mundo doméstico y recurrencia a los servicios de salud.

Se determinó una tendencia a la adopción de un patrón de vida a partir del diagnóstico. De esta forma, las PAMD refieren que sus emociones, actividades, socialización y cuidados giran alrededor de la diabetes. El temor y la angustia por padecer una enfermedad crónica hacen que las PAMD y sus familiares enfoquen la atención en la enfermedad y se olviden de otras dimensiones de la vida.

Las familias, al disponer de poca información, se sienten también desorientadas y disponen de pocas herramientas para enfrentar la enfermedad de su familiar, lo cual genera confusión e inseguridad y las lleva a asumir roles de fiscalización, sobreprotección e infantilización de la persona enferma, o de negación e indiferencia ante el problema, elementos también descritos por Valadez & Aldrete (1993).

Se observó que la vejez empieza a cobrar importancia cuando se trata de buscar una explicación a la aparición de la enfermedad, o cuando se presentan problemas de control de esta. En este sentido, la vejez se mira como una barrera para lograr el "control", lo cual hace pensar a las PAMD y sus familiares que, aunque se hagan esfuerzos por cambiar y manejar la enfermedad, el control es una meta poco alcanzable debido a la mayoría de edad. Esto se refuerza con la pérdida de esperanza de curación y la visión negativa de la enfermedad.

Se determinaron actitudes personales y cambios físicos que justifican ciertas situaciones comunes en las personas diabéticas como si fueran también esperadas en las personas envejecidas, lo cual, asimismo, genera confusión.

De esta forma, se mira la torpeza y la lentitud para el desplazamiento, las dolencias en las extremidades inferiores, la dificultad para responder de manera

rápida a los tratamientos farmacológicos, las micciones frecuentes, la lentitud en los procesos de cicatrización y los problemas dermatológicos, como problemas de salud característicos de una persona envejecida.

Actitudinalmente, se citan la rebeldía, la testarudez y la dificultad para el cambio, la tendencia al aislamiento y la supuesta predilección por la soledad, la dependencia hacia otros y la aparente "manipulación" de la familia para recibir atención, como características típicas de las personas ancianas que obstaculizan el control de la DM.

Por otro lado, la disminución sensorial (vista, olfato, gusto, tacto y audición), característica del proceso de envejecimiento y su percepción por parte de las PAMD, se ve traslapada con lo que se considera aparentemente como síntomas de la DM. Así, por ejemplo, los problemas visuales y auditivos son atribuidos a la DM, específicamente al uso de la insulina y no a la vejez.

Otro aspecto interesante de citar es que la edad se considera como un factor de riesgo de la DM. De acuerdo con los hallazgos, el diagnóstico en la etapa de la vejez es un hecho esperado, por cuanto es común la enfermedad en la ancianidad; mientras que en la juventud o en la mediana edad, la enfermedad es de más difícil aceptación o no es frecuente.

En cuanto a la condición de pluriopatologías, la percepción es que, por ser personas mayores, es común presentar varias enfermedades, para lo cual deben ingerir muchas pastillas y cuidarse más. Las PAMD se sienten diferentes y más vulnerables que las personas de otras generaciones.

Un aspecto importante por destacar es que, como parte del asunto de herencia familiar, en las PAMD emerge un sentimiento

de culpa de heredar a sus descendientes la enfermedad. Este aspecto es señalado por las mujeres y las hijas entrevistadas y se ejemplifica con el siguiente relato: “*mi mamá era diabética, tuve una hermana diabética, después yo... ahora posiblemente seguirán mis hijas. No sé, dicen que eso se hereda. Lo que van a heredar ellas, pobrecillas*”.

Otras situaciones adversas que viven las PAMD es el cambio de ciertas funciones sociales, debido a su condición de personas envejecidas y diabéticas y a la visión que la familia tiene sobre los roles esperados en su condición de enfermedad, así como la influencia social y de los servicios de salud.

De esta forma se afectan la dimensión del trabajo, las relaciones interpersonales, la independencia económica y la libertad de elección para consumir alimentos, salir de la casa y asistir a los servicios de salud.

#### HACIA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES DIABÉTICAS CON ENFOQUE GERONTOLÓGICO

Los resultados en esta investigación no difieren mucho de lo encontrado en otros países sobre las percepciones predominantemente negativas sobre la DM que, sin duda, afectan la forma en que las personas enfrentan sus problemas de salud, con diferencias según género.

Lejos de reforzar la visión negativa o peyorativa predominante en las percepciones sobre la DM, es de interés para este estudio resaltar elementos claves que es necesario considerar en la prevención de la enfermedad y la atención de las PAMD en los servicios de salud.

Se evidenció una centralización del concepto de la enfermedad en la dimensión corporal, y se pusieron de manifiesto las visiones particulares respecto al diagnóstico,

la sintomatología y el tratamiento. Es preocupante la visión estereotipada de la vejez y la identificación de patrones de comportamiento atribuibles a una persona anciana que se traslapan con síntomas propios de la DM, como pueden ser la irritabilidad, el sueño, el cansancio crónico o el aislamiento social.

Además, se identificaron situaciones familiares que poco contribuyen a mejorar la situación, como pueden ser la falta de información, las visiones negativas compartidas respecto a la enfermedad y el control. Aunado a lo anterior, la desesperanza de curación hace que las personas mayores se paralicen, y al no tener los conocimientos y las herramientas necesarios para promover cambios en su estilo de vida y el autocuidado, las complicaciones de salud pueden emerger más rápidamente.

Tomando en cuenta que cada vez es mayor el número de personas adultas mayores en el país, y que en este grupo poblacional la prevalencia de DM es alta, es urgente definir políticas de atención y programas que se orienten a la prevención de la enfermedad, en los cuales se consideren las necesidades particulares de las personas adultas mayores quienes padecen esta enfermedad crónica, con apertura para que la familia y la comunidad se integren y participen activamente en la solución de los problemas y la construcción colectiva de ambientes más saludables.

A partir de lo identificado en el presente estudio, podrían identificarse varios aspectos claves para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores diabéticas. Entre ellos, es necesario el establecimiento de programas de formación y de capacitación del personal de salud con el fin de superar la visión estereotipada sobre la enfermedad y la vejez para que,

desde este escenario, se propicie un abordaje integral de la salud.

Se requiere una mayor sensibilización para el trabajo basado en un enfoque de derechos, el cual parta de principios de inclusión, participación, respeto y educación.

Asimismo, es necesario profundizar en la situación social y familiar en que viven las PAMD, por cuanto la atención del problema de salud no debería estar limitada al plano médico. Preocupa la dependencia económica, principalmente en mujeres, y cómo esta condición limita la provisión de alimentos y otras necesidades determinantes para el adecuado manejo de la DM.

## V. CONCLUSIONES

La realidad vivida por las personas adultas mayores diabéticas muestra una compleja maraña de elementos individuales y familiares que permean concepciones sobre la enfermedad y su control muy particulares, que incluyen la forma en cómo son atendidos en los servicios de salud.

Al estudiar la fenomenología del padecimiento de la DM en la persona adulta mayor, se evidencia una centralización del concepto de la enfermedad en la dimensión corporal, lo que pone de manifiesto la división del ser y la interpretación de la salud y la enfermedad a partir del plano físico. Se resaltan las limitaciones y las complicaciones asociadas a la enfermedad y el tratamiento, pero se dispone de poca información sobre cómo enfrentar de manera práctica y positiva una condición de enfermedad crónica.

La DM se mira como un obstáculo para el alcance de los deseos y los proyectos y hace más difícil a las personas que la padecen la satisfacción de las propias necesidades, desde las más elementales en el nivel

biológico, hasta las más complejas en los aspectos afectivo y de realización personal.

Esta visión negativa particular sobre la DM y el impacto que tiene en el bienestar de la PAMD y la familia, demanda la definición de políticas y de programas educativos y de atención integral que redunden en beneficios para dicha población, dado que esta forma negativa de mirar la DM, sus síntomas y el control es producto, precisamente, de la falta de información y la adopción de conductas de pobre autocuidado y falta de control de la enfermedad.

Debe propiciarse la mayor comprensión por parte de las personas adultas mayores de su propia situación de salud, así como la búsqueda colectiva para sobrellevar, de manera positiva, un problema de salud crónico, para lo cual es urgente revisar las políticas sociales y los programas que, en diferentes escenarios del país, se están desarrollando, sea en los servicios de salud, en otras instituciones y en la misma comunidad.

Lo anterior demanda un trabajo con enfoque de género y gerontológico. Las situaciones que viven las mujeres y los hombres envejecidos y con diabetes, sus preocupaciones y su autocuidado son diferentes y esas diferencias son importantes.

Sin lugar a dudas, los esfuerzos colectivos deben encaminarse a propiciar mejores condiciones de vida que redunden en bienestar para una población que cada vez vive más años. No obstante, esa prolongación en los años de vida debe estar acompañada de condiciones sociales, sanitarias, económicas y culturales que permitan el disfrute de calidad de vida. Si por alguna razón las personas en cualquier edad experimentan una enfermedad crónica, en este caso la diabetes, deben contar con una atención oportuna y pertinente que les consienta enfrentar su problema de salud

y sobrellevarlo de una forma adecuada para que su bienestar no se vea alterado.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Aráuz, A., Sánchez, G., Padilla, G., Fernández, M., Roselló, R. & Guzmán, S. (2001). Intervención educativa comunitaria sobre diabetes en el ámbito de atención primaria. *Rev. Panam. Salud Pública.* 9(3), 1-16.
- Brenes, C. & Rosero, L. (2007). Diabetes mellitus en adultos mayores costarricenses. *Rev. Población y Salud en Mesoamérica.* 5(1). Artículo 2. Julio-Diciembre.
- Clarke, I. (2001). Procesos educativos con adultos mayores diabéticos: una experiencia de la Clínica Dr. Clorito Picado. *Rev. Anales en Gerontología.* 3(3), 35-45.
- Méndez, E. & Santamaría, C. (2008). Situación de salud del adulto mayor en Costa Rica. Documento preparado para el *I Informe Estado de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica*. San José: UCR/CONAPAM.
- Morice, A., Roselló, M., Aráuz, A., Sánchez, G. & Padilla, G. (1999). *Diabetes Mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario*. San José: Publicación de INCIENSA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). *Políticas para el envejecimiento saludable en América Latina*. [Fecha de acceso: 11 de octubre del 2004]; Recuperado de: [http:// www.paho.org](http://www.paho.org)
- Palma, C. (2001). *Concepciones de salud en un grupo de mujeres con dos enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión y la relación con su autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina*. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad de Costa Rica.
- Programa de Gerontología. (2005). *Los 10 mitos más comunes sobre la diabetes*. Universidad de Maimónedes, Argentina. 7 de setiembre. Recuperado de: <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001779.html>
- Rickheim, P., Weaver, T., Flader, J. & Kandall, D. (2002). Assessment of group versus individual Diabetes Education. *Rev. Diabetes Care.* 25, 269-274.
- Ruiz, M. (1997). *Conocimientos, actitudes y prácticas reales sobre alimentación y diabetes mellitus de pacientes no insulino dependientes que asisten a consulta externa del Hospital de San Vito*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición, Universidad de Costa Rica.
- Sandrín, L., Brusco, A. & Policante, L. (1992). *Comprender y ayudar al enfermo: elementos de psicología, sociología y relación de ayuda*. España: Ediciones Paulinas.
- Seclén, S. (2003). Diabetes mellitus en el adulto mayor. *Rev. Diagnóstico.* 42(4). Julio-agosto. Recuperado de: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/julago03/165-169.html>

Valadez, I. & Aldrete, M. (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Rev. Sal. Pub. Mex.* 35(5), 464-470.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Editorial Síntesis Sociológica.