

El padecer de los adultos mayores con diabetes

Elia Nora Arganis Juárez*

Resumen

Este trabajo describe las creencias sobre el padecimiento de doce adultos mayores con diabetes mellitus. El padecer es visto como la experiencia de la enfermedad, incluye la manera en que el enfermo percibe, clasifica, explica, evalúa y responde a la enfermedad. Nuestro análisis sugiere que es de fundamental importancia explorar los modelos explicativos del padecer que se tienen en un contexto particular, lo que nos da la posibilidad de suministrar un cuidado de la salud adecuado y efectivo.

Palabras clave: diabetes mellitus, adultos mayores, modelos explicativos.

Abstract

This paper describes the perception of illness in twelve elderly patients with diabetes. It includes also the way they label, classify and explain their illness. Our analysis suggests explanatory models of illness that can help to provide more effective care.

Key words: diabetes, elderly patients, explanatory models.

*Elia Nora Arganis Juárez. Maestra en Antropología social. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. UNAM. Tel. 51 15 22 28. email: enarganis@correoweb.com.

Introducción

LA IMPORTANCIA DEL PADECER

LOS ESTUDIOS sobre el proceso de salud-enfermedad hacen evidente que los elementos psicológicos y socioculturales juegan un papel fundamental en las formas de entender y atender la enfermedad. En México, los trabajos del doctor Martínez Cortés destacan la existencia de una forma de ver la enfermedad como lesión del organismo, el modelo biológico lesional, frente a lo que denomina padecer médico: la manera personal en que determinado individuo, dadas sus características psíquicas y socioculturales, sufre su enfermedad, aspectos de gran importancia en la relación médico-paciente.¹

Del mismo modo, en la antropología médica norteamericana se distinguen tres dimensiones de la enfermedad: *disease*, se refiere a la anormalidad en la estructura y/o función del órgano o sistema de órganos, es el campo del modelo biomédico; *illness*, son las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándolo) a la enfermedad; y *sickness* que es utilizado para designar un término general que involucra a ambos, enfermedad y padecimiento pero desde una perspectiva social.²

Se considera entonces que el padecimiento es la experiencia de sentir y sufrir una serie de síntomas, tiene que ver con la experiencia vivida de vigilar los procesos corporales, las expectativas creadas alrededor de estos procesos, las categorías y explicaciones del sentido común accesibles a todas las personas del grupo social y los juicios de los pacientes sobre como enfrentarlos.³

Para entender el padecer, se establecen modelos explicativos que están determinados culturalmente, estos modelos son conjuntos de creencias que incluyen alguno o todos de estos cinco puntos: etiología, conjunto de síntomas, fisiopatología, curso de la enfermedad (severidad y tipo de rol del enfermo) y tratamiento. Se identifican tres modelos básicos: el profesional, el popular -que incluye a la familia y a la comunidad- y el folk, refiriéndose a los curadores no profesionales.⁴

Los modelos explicativos son manejados por curadores y pacientes en todos los sistemas de salud. Ofrecen explicaciones de las enfermedades y el tratamiento, guían las elecciones acerca de las terapias y terapeutas disponibles y dan significado social a la experiencia de la enfermedad. El modelo explicativo es una respuesta a un episodio de la enfermedad crónica o aguda, no es estático pero refleja las creencias manejadas en un momento determinado.

El estudio de los modelos explicativos indica como los pacientes entienden episodios dados de enfermedad y la manera en que escogen y evalúan los tratamientos particulares. La variación en los modelos del médico y el paciente, manifiesta acercamientos o diferencias culturales subyacentes que pueden ocasionar conflictos entre médicos y pacientes, de allí que sea necesario analizar cuáles son las explicaciones sobre la enfermedad que ambos manejan.⁵

PADECER DIABETES DESPUÉS DE LOS SESENTA AÑOS

En México, como en otras partes del mundo, el mejoramiento en las condiciones generales de vida y el acceso a los servicios de salud, han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte. Los datos estadísticos muestran que se presentan con mayor frecuencia en las personas de más de 60 años.⁶

Los adultos mayores muchas veces no sólo enfrentan un padecimiento sino varios, porque surgen las complicaciones y otros malestares relacionados.⁷ Las enfermedades degenerativas ocasionan incapacidad e invalidez, además la biomedicina no las cura sino que sólo puede ofrecer cierto control. Al convivir mas tiempo con estas enfermedades, son vividas y reinterpretadas por los individuos que las sufren convirtiéndose en padecimientos.⁸

Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes representa un grave problema de salud, ya que en los últimos años se ha colocado entre las primeras diez causas de muerte.⁹ Este trabajo busca acercarse al modelo de explicación del padecer de un grupo de adultos mayores con diabetes que viven en la ciudad de México. Además de sufrir de diabetes, estas personas enfrentan el proceso de envejecimiento y una problemática social: el retiro del mercado de trabajo o la jubilación, acontecimientos que marcan de manera importante esta etapa de la vida, ya que los individuos experimentan una redefinición de sus papeles sociales porque ven disminuir sus recursos económicos, lo que muchas veces agrava su situación.¹⁰

Material y métodos

Para acercarnos al padecer de los adultos mayores con diabetes mellitus, se realizó una investigación, con pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 160 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la delegación de Iztapalapa, Distrito Federal. Después de una revisión de los expedientes, se eligió a una muestra de 8 mujeres y 4 hombres, con diagnóstico de diabetes mellitus,

a los que se aplicó una metodología cualitativa con entrevistas y la observación de sus condiciones de vida.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN SELECCIONADA

La población se ubica entre los 60 y 75 años de edad, tiene una escolaridad de primaria y primaria incompleta. El 50% de ellos son originarios de otros estados de la República y el 90% son católicos.

Casi todos los hombres entrevistados están pensionados o jubilados por el Seguro Social, las mujeres son amas de casa, aunque algunas señalan haber trabajado en algún momento de su vida, la mayoría de ellas son beneficiarias de los servicios del IMSS por ser madre o esposa del trabajador.

El nivel socioeconómico es bajo, el promedio de ingreso familiar es de uno a dos salarios mínimos. Cuentan con vivienda propia y los servicios urbanos varían de acuerdo a la colonia en que están ubicadas.

El diagnóstico de la diabetes mellitus fue realizado en su mayoría por los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y tienen un promedio de 10 años de sufrir la enfermedad.

Resultados

LAS EXPLICACIONES SOBRE LA CAUSALIDAD

Los modelos causales que manejan los pacientes son significativos en términos de la historia personal y su sistema de creencias. Aunque muchos de los enfermos dicen no saber la causa de su enfermedad, dentro de las entrevistas surgieron ciertas ideas como: situaciones de pobreza, trabajo excesivo y estrés emocional.

Encontramos que si bien se aceptan las explicaciones biomédicas de la herencia, ciertos eventos dentro de la historia personal del paciente se convierten en las causas que para ellos desencadenan su enfermedad. Los pacientes elaboran conceptos complejos sobre la diabetes donde los factores culturales y psicosociales son importantes para la comprensión del padecer. En este sentido podemos ver que el ámbito de las relaciones sociales que rodean a la persona es el elemento fundamental de las explicaciones.

En general, la diabetes mellitus se asoció significativamente a los sustos. Existen diferencias de género: para los hombres el origen de sus problemas de salud se encuentra relacionado frecuentemente con accidentes o acontecimientos imprevistos

en su trabajo, señalan como se vieron enfrentados a hechos violentos o accidentes que los llevaron a enfermarse; mientras que las mujeres interpretan las causas de su enfermedad dentro del ámbito de sus relaciones familiares, destacaron sobre todo situaciones emocionales: las impresiones, el coraje, el sufrimiento, las preocupaciones y los problemas familiares, en un sólo caso se consideró la alegría excesiva al celebrarse el matrimonio por la iglesia después de muchos años de vivir con su pareja.

LAS IDEAS SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU ATENCIÓN

Los personas han recibido las explicaciones médicas sobre su enfermedad, sin embargo, encontramos que no existe una idea clara de cómo esta enfermedad actúa. Relacionan a la diabetes con el azúcar en la sangre y la falta de insulina, pero la consideran como una entidad que es externa, que se apodera de las personas y se instala en ellos: *la diabetes todo lo destruye, es una enfermedad horrible, me cayó la diabólica, sube y baja en el cuerpo, es como un calor que seca.*

Los síntomas que describen los pacientes se ajustan a los cuadros clínicos de la enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona, donde nuevamente el contexto social es muy importante en el padecer: *hice un fuerte coraje y se me subió el azúcar.*

Respecto a su atención, la biomedicina es la práctica de atención más utilizada, existe confianza en los médicos, ya sea asistiendo a la clínica del IMSS que les corresponde, al centro de Salud de la SSA o a la medicina privada en los pequeños consultorios cercanos a sus domicilios.

Sin embargo hay una desconfianza de los medicamentos institucionales ya que se maneja la noción de que tienen menor eficacia y efectos secundarios que los comprados en las farmacias; también es una creencia común que la insulina es dañina y causa ceguera. Por el contrario se señala que *lo natural no hace daño*, con frecuencia se utilizan diversas plantas buscando un mejor control del *azúcar* y para disminuir el consumo de *las pastillas*. Existe además una idea generalizada de las dificultades para seguir las dietas y los ejercicios: *la dieta me mata, no puedo hacer ejercicio.*

Aún cuando se plantea la posibilidad de encontrar curación en medicinas alternativas, se utilizan muy poco los terapeutas populares. Si bien se considera que la diabetes es ocasionada por un susto, sólo en un caso se recurrió a un curandero. Las plantas medicinales son empleadas frecuentemente, pero se accede a ellas a través de recomendaciones de familiares y amigos.

Estas personas saben que su enfermedad es crónica y que no tiene curación, los médicos han insistido mucho con ellos sobre este tema: *El médico me dijo que si un médico de veras descubriera como curar la diabetes se haría millonario y le darían el premio Nobel.* Aún cuando algunos de ellos consideran la posibilidad de que pueda descubrirse una cura señalan que por su edad a lo mejor ya no les toca la curación.

CONCEPTOS RELACIONADOS

Las explicaciones sobre el padecer se relacionan con otros conceptos como la edad, la menopausia, la muerte o el apoyo recibido. Si bien la edad es un elemento que no se considera una causal directa de la enfermedad, se plantea que el envejecimiento es un desgaste del organismo, con la edad todo se acaba. La menopausia es un aspecto que algunas mujeres asocian a la aparición de su padecimiento pero no está muy claro si es un factor coincidente o desencadenante.

Asimismo existen ideas en relación a la muerte y al apoyo recibido que juegan un papel muy importante en la adherencia terapéutica: *de todos modos me voy a morir* es uno de los comentarios que en algunos casos se utilizan para dejar de lado los tratamientos. El apoyo de los familiares es percibido de manera diferencial, aún cuando los cónyuges o hijos consideren que les están prestando suficiente atención, son comunes los comentarios siguientes: *A los viejos no nos hacen caso, los hijos son causa de preocupaciones, no todos los hijos son iguales, con algunos se puede contar.*

Discusión

En nuestra investigación, encontramos que los enfermos de diabetes establecen explicaciones causales que relacionan el padecimiento de manera directa y específica a su historia personal: las circunstancias estresantes de la vida son el origen de la enfermedad.

Investigaciones realizadas por otros autores nos muestran situaciones parecidas a las encontradas entre nuestros informantes, por ejemplo Cohen, *et al* (1994)¹¹, Hernández (1995)¹² y Hunt, *et al* (1998)¹³, notaron que los pacientes y médicos consideran diferentes aspectos en sus modelos explicativos del padecer. Los pacientes enfatizan dificultades en el dominio social y el impacto en sus vidas, mientras que los integrantes del equipo de salud dirigen su atención a los problemas fisiopatológicos y al impacto físico de la enfermedad. Aunque los profesionales de la salud buscaban el mantenimiento de niveles aceptables de glucosa en la sangre, la prioridad de los pacientes fue encontrar maneras de vivir con la diabetes.

La comprensión de los modelos explicativos del padecimiento, de acuerdo al contexto en que se expresan, puede aclarar la toma de decisiones sobre los tratamientos. Las personas con diabetes, reconocen la eficacia de los médicos y de la prescripción médica en su enfermedad, aunque esto no impide el señalamiento de las dificultades en el tratamiento, así como la búsqueda de la eficacia curativa en la combinatoria con recursos herbolarios, combinatoria construida socialmente pero que aparece como respuesta individual de cada paciente. Como sugieren Heurtin-Roberts y Reinsin (1992),¹⁴ la variación entre médicos y pacientes en la explicación de la enfermedad, produce como resultado acciones que no son consistentes con el consejo biomédico.

De esta manera, los pacientes siguen una serie de estrategias para enfrentar su enfermedad que se caracterizan por la búsqueda incesante de encontrar soluciones a su padecer: prueban plantas medicinales recomendadas por familiares y amigos con la idea de que lo natural no hace daño y no llevan a cabo la dieta y el ejercicio por las condiciones particulares en que viven, situaciones similares han sido estudiadas en otros grupos de enfermos.^{15,16}

Las prácticas de atención que utilizan los enfermos son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen, ya que son estrategias cuya diferenciación está dada por las condiciones ideológicas y económicas que permiten establecer posibilidades y alternativas para enfrentarse de una manera dinámica e integral a su padecer.

Conceptos sobre el envejecimiento y las redes sociales de apoyo que se estructuran a su alrededor, son elementos que intervienen en la forma en que se siguen los tratamientos.¹⁷ Cuando se ha llegado a una edad avanzada y no se tiene el apoyo suficiente, es más difícil encontrar incentivos para mantener un cuidado de la salud adecuado.

El padecimiento se constituye entonces, en uno de los eventos más significativos en la vida de las personas, donde las categorías culturales interactúan con situaciones sociales y psicológicas para transformar la experiencia y la vida de los que sufren.¹⁸

Conclusiones

Debe considerarse que los pacientes interpretan su padecer, procuran hacer sentido de sus experiencias específicas con su enfermedad y las integran con conceptos generales del proceso de la enfermedad y manejo señaladas por el personal médico.



En la perspectiva del paciente, la explicación causal que ellos buscan es lo que podría haber estado mal en sus propias biografías, toman y evalúan acciones para conducir el padecimiento dentro de un contexto no sólo cultural sino socioeconómico que llega a determinar las posibilidades de atención a su padecer.

Es importante examinar los modelos explicativos del padecimiento que manejan los enfermos, los médicos no sólo deben llegar al diagnóstico sino también identificar el padecer del paciente. Dar información a los pacientes es más eficaz cuando se conocen y entienden sus ideas sobre el padecer, especialmente cuando se busca mantener la cooperación en los tratamientos largos que las enfermedades crónicas requieren.

Referencias

1. Martínez Cortés, Fernando. *Enfermedad y padecer*. Medicina del hombre en su totalidad. México, 1983.
2. Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley, 1980.
3. Kleinman, Arthur. *The illness narratives*. Basic Books, 1988.
4. Hahn, R. y Kleinman, A. "Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions", en *Annual Review Anthropology*, 1983, vol. 12, pp. 305-333.
5. Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. "Clinical lessons from anthropologic and cross cultural research", en *Annual Internal Medicine*, 1978, vol. 88, pp. 251-258.
6. Secretaría de Salud. "La Transición en salud. Origen, rumbo y destino", *Cuadernos de Salud*. Secretaría de Salud. México, 1994. pp.20-33.

7. Borges, Y.A., Gómez, D.H. "Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México", *Salud Pública de México*. Enero-Febrero 1998, vol. 40, no.1, pp.11-23.
8. Fitzpatrick, R. et al. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de Cultura Económica, México, 1990.
9. Secretaría de Salud. *Encuesta nacional de enfermedades crónicas*. Secretaría de Salud, México, 1994.
10. García, H. "Sistemas de soporte a la vejez. Apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey", en: *La Población de México al final del siglo XX*. Hernández, B.H., Menkes, C. (Coord.), vol. 1, pp. 403-416, CRIM, Sociedad Mexicana de Demografía, UNAM, Cuernavaca, Morelos, 1998.
11. Cohen, M.Z. et al. "Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation", *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña, 1994, vol. 38, no. 1, pp. 59-66.
12. Hernández, C.A. "The experience of living with insulin-dependent diabetes: lessons for the diabetes educator", *Diabetes Educator*, 1995, vol. 21, pp. 33-37.
13. Hunt, L.M., et al. "¿ Por qué me tocó a mi? Mexican american diabetes patient's causal histories and their relationship to treatment behaviors". *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña, 1998, vol. 46, no. 8, pp. 959-969.
14. Heurtin-Roberts, S. and Reinsin, E., "The relation of culturally influenced lay models of hipertension to compliance with treatment", *American Journal of Hipertension*. 1992, vol. 5, pp. 787-792.
15. Arganis, J.E.N. *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus, de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz*. Tesis de Maestría en Antropología Social, E.N.A.H., México, 1998.
16. Mercado, M.F.J. *Entre el Infierno y la gloria*. Tesis de doctorado en Ciencias sociales, El Colegio de Michoacán, México, 1996.
17. Robles, S.L. y Moreno, L.N.C. "El anciano, la enfermedad crónica y su familia". En *Dinámica Demográfica y cambio social*, Carlos Welti, (Coord.), pp. 37-51, Programa Latinoamericano de Actividades en Población, 1996.
18. Kleinman, A., P. Brodwin, et al. "Pain as Human experience: An Introduction", en: Del Vecchio M., P. Brodwin, B. Good y A. Kleinman (Ed.) *Pain as Human experience. An Anthropological perspective*. 1992, University of California Press, Berkeley, pp.1-28.