

SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DIABÉTICAS Y SUS FAMILIARES, EN EL CANTÓN DE LA UNIÓN, CARTAGO

*Patricia Sedó Masís**

Resumen: Se propuso explorar, mediante un estudio de enfoque cualitativo y basado en la fenomenología social, los significados y las prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas (PAMD) y sus familiares en el cantón de La Unión, provincia de Cartago. Las PAMD se caracterizaban por disponer de reducidos ingresos económicos, una baja escolaridad, disposición de control médico en los servicios de salud, poca participación en actividades complementarias a la consulta médica e información nutricional basada en prohibición del consumo de ciertos alimentos. Los alimentos considerados como prohibidos están relacionados con tradición, manifestación de afecto, convivencia y reconocimiento social. Sobresale la expectativa de que otros le indiquen a las PAMD qué deben comer, actitud que refleja mayor dependencia y pérdida de la autonomía; asimismo, se otorga a los familiares –por lo general a mujeres– el rol de cuidadores y fiscalizadores de la alimentación recomendada por el centro de salud, a pesar de que la familia poco acompaña a la persona mayor a los servicios de salud o a las actividades educativas.

Palabras clave: persona adulta mayor diabética, alimentación, diabetes, prácticas alimentarias.

Abstract: Using social phenomenology, the results of a qualitative study of food habits and their significance for a group of elderly persons with diabetes mellitus (PAMD) and their families in el Canton de La Union, in Cartago, are presented in this article. The PADM commonly had low income, poor educational level, low access to health care in health centers, low participation in other related activities to medical advice, and nutritional information based on the prohibition of eating certain foods. The foods that were thought as prohibited were associated with traditions, the expression of affection, the act of living together and social recognition. It is important to highlight the expectative that others should indicate the PAMD what they should eat. This attitude reflects greater dependency and loose of autonomy. In addition, the role of careers and supervisors of the diet recommended by the health center is assigned to family members, especially women, despite the fact that the family of the elderly person rarely accompanied him/her to health care and educational activities.

Key words: elderly person with diabetes mellitus, diet, diabetes mellitus, food habits.

* Dirección electrónica: psedo@cariari.ucr.ac.cr.

I. INTRODUCCIÓN

La importancia de estudiar la alimentación en las personas adultas mayores diabéticas (PAMD) radica en que, como actividad cotidiana, está determinada por hábitos adquiridos desde etapas tempranas de la vida. Tales hábitos se construyen y moldean dentro del contexto social, familiar y económico en el cual se desenvuelve la persona y, generalmente, tienden a prevalecer aun cuando ciertas situaciones demanden cambios en las prácticas habituales (Sedó y De Mézerville, 2003).

Desde el punto de vista terapéutico, la alimentación desempeña un papel clave en el manejo de la Diabetes Mellitus (DM), e inadecuadas prácticas de alimentación pueden contribuir a un deterioro acelerado de la salud de las personas que la padecen. Los cambios en la alimentación habitual dependen del grado de conocimientos y habilidades, así como de la disposición de medios económicos y apoyo social para lograr un régimen dietético acorde a sus necesidades.

Por tal motivo, se planteó el presente estudio, cuyo objetivo fue explorar sobre los significados y las prácticas de alimentación habituales en un grupo de PAMD y sus familiares del cantón de La Unión, provincia de Cartago, Costa Rica.

Asimismo, este forma parte de la investigación denominada "Prácticas y significados de los procesos de atención en salud y la alimentación en un grupo de adultas y adultos mayores diabéticos, bajo un enfoque gerontológico", tesis para optar por el grado de Magíster Scientiae en Gerontología de la Universidad de Costa Rica (Sedó, 2004).

II. MARCO METODOLÓGICO

Tomando en cuenta el objetivo de explorar sobre significados sociales en una condición particular, esta investigación es de tipo descriptivo, de enfoque cualitativo y basada en la fenomenología social (De Souza, 1997; Nátera y Mora, 2000). Para la recolección de los datos, se recurrió a la revisión documental, la entrevista semiestructurada y a profundidad y el grupo focal.

La población informante estuvo constituida por 28 PAMD (16 mujeres y 12 varones) y 12 familiares, vecinos del cantón de La Unión.

Los criterios de selección de las PAMD fueron una edad comprendida entre los 60 y 75 años de edad, con más de dos años de diagnóstico de la DM y la participación voluntaria. Se requirió contar con personas estables, funcionales y con capacidad para hablar, escuchar y participar con facilidad. En cuanto a los familiares, se consideró la convivencia o trato cercano con las PAMD e igualmente su participación voluntaria.

Para facilitar el manejo y análisis de los datos cuantitativos, se utilizó el programa Excel versión 4.0, de Windows 97. Respecto a los datos cualitativos, se procedió a la transcripción detallada de los datos recolectados, los cuales fueron previamente revisados y completados antes de abandonar el campo. Posteriormente, se pasó a una clasificación de los contenidos y análisis de la información por categorías. Para la identificación de los datos, se utilizaron códigos de información, entre los que destacan la técnica de recolección, el sexo, las iniciales de la persona informante y el número de sesión o entrevista realizada.¹

1 Ejemplo: EHD-ACC-01, entrevista a hombre diabético-iniciales-entrevista N°1; GFMD-EMH-01, grupo focal mujeres diabéticas-iniciales informante-sesión N°1.

Como parte de la estrategia metodológica de triangulación y validación de los datos obtenidos, se propuso la combinación de técnicas para la recolección de datos (entrevistas semiestructuradas, entrevistas a profundidad y grupo focal). Paralelamente, se realizó la comparación de los resultados con la evidencia documental y, por último, se procedió a la triangulación de la información con expertos de áreas relacionadas con la temática, para dar soporte a la validez interna y externa de los datos obtenidos (Taylor y Bodgan, 1992; Valles, 1997; De Souza, 1997).

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En primera instancia, se presentan los principales datos cuantitativos

que caracterizan de manera general la población informante. Posteriormente, se analizan los datos cualitativos referentes a la clasificación de los alimentos, el significado de la alimentación como actividad cotidiana y la dieta como una imposición desde los servicios de salud, las prácticas alimentarias y el cambio de estas como un hecho complejo para las PAMD.

La información referente a la edad de los informantes y los años de diagnóstico de la DM se presentan en los Cuadros 1 y 2. Es importante señalar que la edad promedio de las PAMD fue de 64,2 años, con una antigüedad de diagnóstico de $12,0 \pm 9,2$ años.

En el Cuadro 3 se presenta la información referente a la escolaridad de las

Cuadro 1

Distribución de los grupos informantes, según edad promedio
La Unión, Cartago, Costa Rica (noviembre, 2004)

Grupos de participantes	Edad promedio (años) \pm DE
Grupo total de PAMD* (N= 28)	64,2 \pm 9,4
Mujeres mayores diabéticas (N= 16)	63,0 \pm 7,9
Varones mayores diabéticos (N= 12)	65,7 \pm 11,2
Familiares de PAMD (N= 12)	40,9 \pm 16,8

* PAMD: personas adultas mayores diabéticas.

Cuadro 2

Distribución de las personas mayores diabéticas
según años promedio de diagnóstico y control de la diabetes
La Unión, Cartago, Costa Rica (noviembre, 2004)

Condición	Mujeres mayores diabéticas	Varones mayores diabéticos	Total
	Años promedio \pm DE	Años promedio \pm DE	Años promedio \pm DE
Diagnóstico de la diabetes	13,8 \pm 9,9	9,7 \pm 7,8	12,0 \pm 9,2
Control de la diabetes	13,2 \pm 10,0	7,5 \pm 5,6	10,6 \pm 8,8

PAMD. Conviene resaltar que el 61% tienen estudios primarios incompletos; las mujeres presentan una menor escolaridad, ya que el 75% tenía estudios primarios incompletos, en comparación con el 41% de los varones.

Cuadro 3

Distribución de las personas mayores diabéticas, según escolaridad
La Unión, Cartago, Costa Rica
(noviembre, 2004)

Escolaridad	Mujeres mayores diabéticas (N=16)	Varones mayores diabéticos (N=12)	Total (%)
Estudios primarios incompletos	12	5	17 (61)
Estudios primarios completos	3	6	9 (32)
Estudios secundarios incompletos	1	0	1 (3,5)
Estudios secundarios completos	0	1	1 (3,5)

Respecto a la ocupación actual, 14 mujeres (87%) y 6 varones (43%) se dedicaban a labores en el hogar no remuneradas. En cuanto al trabajo remunerado ocasional y por jornadas de trabajo de cuatro o más horas al día, 10 varones (71%) mencionaron estar en esta situación; de ahí que su principal fuente de ingreso económico actual es el salario.

Diez de las mujeres (62%) dependen de la pensión del esposo o disfrutaban de una

pensión de régimen no contributivo, la cual no supera los 25.000 colones mensuales².

Esta situación de dependencia económica en las mujeres se refleja en que nueve de ellas (56%) manifiestan que su principal fuente de financiamiento son los aportes brindados por sus descendientes (hijos e hijas) y hermanos.

Doce personas (6 mujeres y 6 varones) disfrutaban de la jubilación y tienen en promedio $12 \pm 5,6$ años de haber adquirido el derecho. La totalidad de varones disponen de un salario o de una pensión propia; mientras que solamente tres mujeres indicaron tener un salario, pero inestable.

El ingreso mensual promedio estimado por las personas informantes fue para el grupo de varones de 68.833 ± 54.912 colones (en promedio \$154), y para las mujeres de 63.475 ± 34.392 colones (en promedio \$142).

Según los datos del Ministerio de Planificación de Costa Rica (2004), para el 2003 el salario mínimo establecido era de 81.536 colones (\$183), lo cual demuestra que el ingreso mensual promedio encontrado ni siquiera llegaba al salario mínimo establecido en ese momento. Al 2004, el costo aproximado de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) era de 15.000 colones³ (\$34), lo cual representa para el ingreso mínimo reportado del grupo de varones casi el 22% y, en el caso de las mujeres, el 24%.

Si se toma en cuenta el ingreso por pensión del régimen no contributivo, la situación se agrava aún más, dado que el CBA demandaría el 61% del monto de la pensión. Se dispondría únicamente del

2 \$1 = ₡445

3 Leitón, P. 2004. "Acelerada alza en alimentos básicos". En: *La Nación*. San José, 25 de setiembre. p. 17.

39% restante para cubrir otras necesidades básicas (vestido, cuidados de la salud, transporte y vivienda, entre otras).

Los datos anteriores son de preocupación especial por cuanto la tendencia de incremento en el costo de la vida y particularmente de los alimentos, así como reducidos ingresos familiares y baja escolaridad, afectan de manera directa la satisfacción de las múltiples necesidades básicas de una persona adulta mayor, las que aumentan por su condición de enfermedad.

En todos los casos, las personas reciben control médico en centros de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Además de la consulta médica, las mujeres se destacan por asistir a actividades complementarias; sin embargo, en general se percibió una apatía en hombres y mujeres, y una ausencia evidente de acompañamiento y participación de la familia en la consulta y en las actividades complementarias.

De las 12 personas (9 mujeres y 3 varones) que participaban en actividades adicionales a la consulta médica, todas indicaron que asistían de forma voluntaria y mencionaron que generalmente se trataba de charlas impartidas por personal de medicina o enfermería.

Respecto a las temáticas desarrolladas en las actividades complementarias a la consulta médica, diez personas indicaron que se trataba sobre alimentación.

Profundizando un poco más acerca de las temáticas que sobre alimentos y dieta se desarrollaban en las actividades educativas, según las personas participantes, se presenta información en el siguiente orden de importancia: alimentos recomendados y no recomendados para las personas diabéticas, medicamentos y dieta, y lineamientos dietéticos en general. El tema de

preparación de alimentos está ausente en este tipo de encuentros educativos.

Referente al tratamiento seguido para el control de la DM, 22 PAMD (73%) mencionaron la dieta como medida terapéutica.

Para 25 PAMD (83%), las modificaciones en el estilo de alimentación habitual se percibía como cambios negativos asociados al padecimiento de la DM.

Clasificación de los alimentos según las personas mayores diabéticas

Al hablar sobre los alimentos y la alimentación de la PAMD, se identificó un lenguaje dicotómico; referido a “alimentos prohibidos” versus “alimentos recomendados”, y “alimentos malos o dañinos” versus “alimentos buenos”.

Esta clasificación en sistemas binarios es una tendencia basada en el conocimiento popular, descrita también por Sánchez y López (1980), Chowdhury et al. (2000) y Savoca y Miller (2001).

Para ambos grupos, PAMD y familiares, la identificación de determinados alimentos que son “prohibidos” o “recomendados” se realiza de manera espontánea.

Dicha información, en la mayoría de los casos, es obtenida en la consulta médica y en las actividades educativas desarrolladas en los centros de salud. La experiencia de hospitalización y el tipo de dieta recibida y la recomendación por parte de otras personas diabéticas, también son fuentes de información importantes.

Las personas manejan con más amplitud un lenguaje prohibitivo, con un mayor conocimiento sobre los alimentos que no deberían ser consumidos por las personas diabéticas. Sobre los productos recomendados, usualmente los agrupan y se habla de ellos de manera general. Por esa razón, la lista de alimentos “prohibidos” supera la de los alimentos “recomendados”.

Los alimentos prohibidos son aquellos que definitivamente deberían eliminarse de la alimentación cotidiana, pero a la vez son calificados como alimentos “ricos”, “especiales” o “nuestros”.

El valor que se le da a estos y su consumo frecuente como alimentos básicos (arroz y frijoles, por ejemplo) justifica, en parte, la dificultad de las PAMD por aceptar la eliminación de estos en su dieta habitual. Al respecto, indicaba un señor diabético: *“Dicen que el frijol es malo, pero es lo que uno ha comido todo el tiempo”* (EHD-MPG-01).

El azúcar y los alimentos dulces son los primeros productos citados como prohibidos para las PAMD. Otros alimentos no recomendados son todo tipo de carnes, chicharrones, harinas, frijoles, arroz, panes, repostería, galletas dulces, cajetas, helados, queques, papa, camote y yuca.

Alimentos tales como remolacha, banana, jugo de caña de azúcar y plátano se consideran fuente de azúcar y, por lo tanto, son prohibidos para las personas diabéticas. Además, preparaciones tradicionales como la olla de carne, tamales, arroz con pollo y mieles o conservas se consideran prohibidas.

Acerca de los alimentos recomendados, se habla de manera general de frutas y vegetales; sin embargo, algunas personas citan de manera concreta algunos productos.

Además, se determinó que un alimento puede calificarse como prohibido o no, según la persona informante.

Algunas personas citan alimentos “especiales” para las personas diabéticas, haciendo referencia a los productos procesados bajos en calorías o con edulcorantes artificiales, como bebidas gaseosas dietéticas, helados y confites,

los cuales catalogan como productos de alto costo económico e inalcanzables para su bolsillo.

En relación con el uso de estos productos, existe poca información sobre sus propiedades, la frecuencia de consumo y confusión sobre si son recomendados o no para las PAMD.

El significado de la alimentación como actividad cotidiana y las prácticas alimentarias de las PAMD

Respecto al significado de la alimentación para las mujeres, se asocia a convivencia social y familiar, celebración, alegría, proyección y reconocimiento social, entre otros elementos. Por el contrario, para los varones, la alimentación se relaciona con supervivencia y convivencia familiar.

Ambos grupos hicieron referencia a la importancia que tiene la alimentación como fuente de salud y de placer, manifestándolo de diversas maneras. No obstante, indicaron que su visión particular respecto a la actividad de alimentarse y el placer de comer varió drásticamente una vez que le diagnosticaron la DM.

Lo anterior, principalmente asociado al nuevo rol de la alimentación como pilar del tratamiento de una enfermedad; al temor de la complicación por continuar con las mismas prácticas de alimentación previo al diagnóstico de la DM y a los cambios requeridos en la dieta cotidiana.

Todas las personas entrevistadas manifiestan que hay cambios importantes en su actitud y prácticas respecto a la alimentación después del diagnóstico de la DM.

A continuación, se rescatan algunos de los significados y prácticas alimentarias más importantes:

La alimentación como actividad cotidiana y la dieta como un cambio impuesto por los servicios de salud

Posterior al diagnóstico de la DM, las personas indican que la alimentación habitual y la seguida en ocasiones especiales se convierten en una tarea de difícil cumplimiento. De esta forma, se presentan sensaciones negativas, tales como pérdida de la tranquilidad, frustración y limitación.

La alimentación habitual se asocia con las posibilidades económicas, la disponibilidad de alimentos y las tradiciones familiares seguidas por las personas afectadas.

El término “dieta” se define como un régimen “especial” y “exclusivo” para las PAMD, cuyo cumplimiento es muy difícil de alcanzar y se requieren recursos económicos y conocimientos para lograrlo.

Una barrera importante es pensar que la “dieta” es un régimen de “hambre” y que deben dejarse por completo alimentos tradicionales en la dieta como el arroz, los frijoles, el pan y las pastas, alimentos comunes en su mesa y cuyo consumo se ve disminuido o eliminado.

Según las personas informantes, en los servicios de salud se le indica a la PAMD qué no debe hacer, en vez de lo que puede hacer, y piensan que no se consideran las posibilidades reales para propiciar cambios permanentes en el estilo de alimentación.

Al respecto, un señor mencionó: *“Le empiezan a decir qué comer; que no coma esto, que coma aquello, y yo pensando en mis adentros; ‘diantres, qué va a saber este doctorcito de que uno pueda comer esas cosas’”* (EHD-ACC-01).

Cabe señalar que los modelos educativos en salud seguidos en los servicios médicos se caracterizan por un enfoque biologicista, patocéntrico, médico-centrista, poco participativo y sin fundamento en las necesidades de las personas con un padeci-

miento crónico que recurren a su atención. Lo anterior niega en gran medida las posibilidades de un desarrollo integral de las personas adultas mayores que tienen un padecimiento crónico.

La “renuncia” a los productos de sabor dulce

Por referencia de las personas participantes, surge el término “renuncia” a ciertos alimentos, como el azúcar, arroz, frijoles, pan y tortillas. Esta connotación se presenta debido al hecho de que a ellas se les indicó en los servicios de salud, posterior al diagnóstico de la DM, que debían “renunciar” a aquellos alimentos propios de su alimentación cotidiana, sin darles otra alternativa para sustituirlos de una manera apropiada y mejor aceptada.

El sabor dulce, representado principalmente por el azúcar, tiene un significado especial para las PAMD pues está asociado al placer y a una forma de gratificación.

En todos los casos, cuando a la persona se le diagnosticó la DM, inmediatamente pensó en la prohibición de productos dulces, situación que le generó sentimientos negativos.

Los alimentos dulces y las situaciones asociadas a ellos representan sentimientos importantes para las PAMD, como se ejemplifica a continuación:

“Todos los domingos, papá nos daba una peseta, con la que me compraba unas grandes melcochas o un tostel⁴ con un fresco de sirope. Yo esperaba con ansia los domingos y los días en que los papás nos llevaban de paseo en carreta. Uno esperaba ese momento, como también esperaba que le dieran algún dulcito o un pedazo de tapa de dulce para endulzar el paladar” (EHD-TC-01).

4 Tostel: Pastelillo dulce.

La eliminación del azúcar granulado fue una de las primeras prácticas que aplicaron las personas cuando se les diagnosticó la enfermedad, no así la eliminación de los productos que la contienen, como confites, helados y queques. Por tal motivo, la estrategia principal ha sido la disminución en la frecuencia de consumo de estos productos.

Sin embargo, varias personas mencionaron que aun cuando estaban conscientes de la necesidad de eliminar el azúcar de la dieta, para ellas era imposible la restricción total, principalmente cuando se trataba de endulzar el café, una bebida habitual.

Se determinó que los familiares aún continúan con la tradición de regalar galletas, caramelos, vinos u otros productos dulces a sus familiares enfermos, aún sabiendo que están restringidos para ellos.

La preferencia por ciertos sabores, en especial por el dulce, está relacionada con una respuesta fisiológica normal, pero también con mecanismos de adaptación, según los cuales socialmente se exalta el valor del sabor dulce.

Los productos dulces se utilizan de forma repetida y en un contexto sociocultural específico que los convierte en signos de gratificación o recompensa, placer y disfrute (Birch y Grimm, 1997).

La “renuncia” al sabor dulce y el significado que este tiene en la vida de las personas lleva a la manifestación de una serie de duelos, que no necesariamente se relacionan con la alimentación.

Esos duelos se asocian precisamente con situaciones de vida en los que el afecto y el amor se ven involucrados, puesto que el intercambio de alimentos dulces se relaciona con manifestaciones de cariño y amistad, y prescindir de alimentos dulces puede significar la renuncia a tales sentimientos. Esto podría, en parte, explicar

la reacción de las PAMD y sus familiares respecto al consumo de alimentos dulces.

La alimentación dentro del contexto de celebración social

Se presenta el riesgo de pérdida de la socialización por medio de la celebración y el consumo de alimentos, pues las PAMD enfrentan el dilema de sustituir los alimentos tradicionales y preferidos en celebraciones especiales por otros menos aceptados, o quebrantar la dieta.

Respecto a las muestras de afecto, las PAMD y sus familiares entran en situaciones de contradicción, puesto que se preparan ciertos alimentos o se consumen en un contexto dado como muestra de estimación, pero sin analizar si serán buenos para sus parientes enfermos.

Un ejemplo de cómo las personas alteran sus tradiciones o costumbres alimentarias se refleja en el siguiente comentario:

“Es tradición en Semana Santa comer sardinas, sopa de bacalao y un dulcito de lo que sea. Ahora viene Semana Santa (...) no sé qué voy a hacer para esos días. Bueno, yo quebranto la dieta y me como las cosas a la mano de Dios. Una dulcerita de algo rico, creo que de eso no me voy a morir” (EMD-EMH-01).

Los ciclos de celebración anual tienen una estrecha relación con las festividades de tipo religioso y llevan a la persona a un cambio de la rutina y evocación de las tradiciones. De esta manera, la comida cobra un significado especial como “salsa de la vida” (Núñez, 2002).

El significado especial que tienen ciertas comidas se combina con la visión de oportunidad de saborear algo que, en un momento y en un contexto dados, es

motivo de felicidad. Renunciar a esto hace sentir mal a la mayoría de las PAMD, de ahí que surjan justificaciones diversas; entre las más comunes: “*el cuerpo pide lo dulce*” o “*no estoy tan mal y me como las cosas a la mano de Dios*”; con estas palabras, la persona se libera de la culpa.

Dejar la voluntad en manos de Dios es más común en las mujeres, tal como mencionó una señora diabética: “*Dicen que el cuerpo cuando necesita dulce se lo pide a uno. Yo siento esa ansiedad por comerme un confitito o una sed de tomarme una aguadulce, y me la tomo a la mano de Dios*”. (EM-TMH-01)

Se determinó que muchas PAMD se enfrentan al dilema de continuar con el patrón habitual y sentirse bien o mal consigo mismas puesto que están comiendo “*lo de siempre*”. También se presenta el caso de las personas que dejan de comer ciertos alimentos para sentirse más tranquilas respecto al control de la enfermedad, aun cuando esto las haga sentirse diferentes o excluidas de la celebración.

De esta forma, la convivencia social y el compartir en familia se ven amenazados, como resultado de posibles cambios en el estilo de alimentación de las PAMD.

Pedir una alimentación diferente al resto de la familia, tiene distintas connotaciones para la misma PAMD y para el resto de la familia. Así, por ejemplo, un varón mayor diabético puede pensar que la exigencia de una alimentación diferente es un derecho que no cree merecer, dado que ya no funge como proveedor de la familia; o para una mujer diabética puede significar un recargo de trabajo en la preparación de comidas, dado que tiene que elaborar su comida aparte de la que prepara para el resto de la familia.

Por otro lado, comer diferente puede significar un problema cuando se sale de la casa, por lo que es mejor no salir, tal como lo indicó una señora: “*No se puede comer de todo porque entonces se puede complicar y la cosa es peor. Entonces, hay que quedarse tranquilita en la casa y no hacer desarreglos*” (EMD-JJE-01).

Decisión e independencia en los momentos de comida

Cumplir con la dieta o aceptar que otros las conviden a comidas consideradas prohibidas, lleva a las PAMD al dilema de aceptar o no los alimentos ofrecidos por otros. El individuo entra en un proceso de contradicción interna, dado que despreciar la comida no es una acción considerada como correcta, y aceptar el “quebranto de la dieta” significa fraude o fracaso.

Es interesante observar que la mayoría de las personas entrevistadas se refieren al poder de decisión respecto a comidas consideradas como “prohibidas” como un hecho externo y de decisión de otros, lo que los libra de la tensión y la culpa de una decisión.

Frases tales como “*me provocan*”, “*ellas tienen la culpa de preparar cosas ricas*”, “*me tientan*” o “*me obligan a comer cosas que yo no puedo comer*” son comunes dentro del contexto de preparación de comidas consideradas como especiales.

La pérdida de autonomía y del autocontrol lleva a las PAMD a depositar en sus familiares la decisión y el riesgo. Así, algunas frases comunes son: “*mi hija es la que me sirve la comida y si me enfermo ella tiene la culpa*”, “*ellas son las que tienen la culpa de preparar esas cosas*”, “*ellas son las que cocinan y me sirven lo que tengo que comerme*”.

La alimentación y el reconocimiento social

En el caso de las mujeres y pocos varones, renunciar a ingerir ciertas comidas tiene un significado diferente que para aquellas personas que además tienen una gran habilidad para prepararlas.

Lo anterior por cuanto para muchas PAMD no solamente se trata de dejar de comer ciertos platillos, sino también de renunciar a prepararlos, lo que en cierta forma se mira como una pérdida importante en sus vidas.

La habilidad para preparar dulces o mieles, por ejemplo, fue aprendida por algunas mujeres décadas antes de que se les diagnosticara la enfermedad. Si por esa habilidad recibían el reconocimiento familiar y era motivo de congregación para la celebración de la Navidad o Semana Santa, renunciar a esta práctica debido a la enfermedad resulta de difícil aceptación.

Como parte de ese reconocimiento social a través de la habilidad en la cocina, se encontró que algunas mujeres diabéticas optan por continuar preparando ciertas comidas para convidar a sus amistades y familiares, las cuales ellas mismas deciden no consumir. Es una muestra de compartir y darse a otros, a pesar de que no consumirlas se mira como un sacrificio por parte de quien prepara las comidas.

En este caso, hay mayor problema cuando la mujer debe cuidar a otros y no es ella la que padece la enfermedad. Cuando se trata de un problema personal, las mujeres continúan con la práctica; mientras que si se trata del cónyuge o sus descendientes, prefieren renunciar a la práctica alimentaria.

La preparación de comidas se convierte en un ritual, descrito por algunas entrevistadas como una oportunidad de

encuentro, participación familiar y complacencia.

De acuerdo con Núñez (2002), un rito, mientras sea solo imaginario, no saldrá de esa fase del proceso. Una vez que el rito es objetivado y socializado, como es el caso del ritual de alimentación, es un producto cultural cargado de historia. Renunciar a la habilidad de cocinar y preparar determinadas comidas para ocasiones especiales, es renunciar a un rito establecido desde muchos años atrás en la vida familiar.

El rol de la mujer como “cocinera” de la familia es, según Núñez (2002), un “rol atribuido” (papel más o menos prestigioso a nivel social) y a la vez un “rol adquirido” en tanto que puede coincidir con el primero, pero que refleja el desarrollo de actitudes y aptitudes para asumirlo.

La pérdida del reconocimiento social asociada a la preparación de alimentos, conlleva a la pérdida del rol atribuido socialmente a las mujeres, y al prestigio adquirido mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas para ejecutarlo.

El patrón de “persona golosa” y la permisividad para romper las reglas

Se presenta una mayor dificultad de cambio de hábitos cuando la PAMD refiere que desde muy pequeña es aficionada a las comidas y ella misma se autodefine como “persona golosa” o es descrita así por sus familiares.

Esa afinidad por las golosinas hace que la persona presente mucha resistencia a aceptar que debe modificar su patrón de alimentación, o que debe autocontrolarse en ciertos momentos.

Sobre el patrón de “persona golosa” manifestaba un señor diabético: *“Desde chiquillo, yo siempre he sido una persona*

extremadamente golosa (...) siempre me han dicho que soy un gato goloso. No puedo ver cositas dulces, porque inmediatamente me voy a pellizcarlas" (EHD-TC-01).

A partir de los resultados, se elaboró el concepto de "persona golosa" como aquella que tiene una gran predilección por cierto tipo de alimentos, generalmente dulces, los cuales disfruta al consumirlos, y, además, como aquella que puede perder el control cuando siente la necesidad de comerlos de forma impulsiva, tanto que llega a conductas reprochables, como el robo o el soborno.

Generalmente las personas manifiestan que la conducta de "golosear" les impide controlarse y estar conscientes de cuánta cantidad están comiendo de los productos que, usualmente, están prohibidos por su condición de personas diabéticas. Al respecto, indicaba un señor diabético: "*Uno es goloso con aquello que más le gusta y que sabe más rico si se cacha⁵ a poquitos para saborearlo mejor*" (EHD-TC-01).

El patrón de persona "golosa" se asocia con etapas tempranas de la vida, con lo cual el disfrute de comer cierto tipo de comidas evoca comportamientos de la niñez, donde el fraude a las personas adultas era el reto que debían enfrentar los infantes que osaban "robar" ciertos productos.

Cobra así importancia lo planteado por Plazas (1995), sobre la estructura del patrón alimentario de los individuos, fundamentado a partir de la experiencia infantil. La conducta golosa y la predilección por ciertos alimentos nacen en el seno familiar.

5 Cachar: Robar, tomar una cosa sin autorización, golosear.

Para las PAMD, comer hoy los productos que le recuerdan la infancia les causa placer y nostalgia a la vez.

Con el fin de que otros no se den cuenta de que están cometiendo el delito de comer cosas prohibidas para personas diabéticas, las PAMD entrevistadas refieren que roban pequeñas cantidades de manera frecuente; consumen grandes cantidades de forma rápida, lo que describen como "engullirse", "atragantarse" o "aturuzarse" de comida, o toman pequeñas cantidades y las ocultan en las bolsas de la camisa o delantal.

También acostumbran robar la comida y consumirla en la noche, de ahí que oculten los alimentos en el dormitorio.

Sobre la conducta de "persona golosa" desde el referente familiar se tiene el siguiente relato:

"Mamá es insoportable de golosa. Ella guarda comida como un ratón y uno se da cuenta hasta el otro día, cuando se va al cuarto a barrerlo y se encuentra con el montón de papeles y boronas. Come en la noche para que no nos demos cuenta" (GFMD-EMH-01).

Es interesante indicar que el patrón de "persona golosa" es permitido en el ámbito hogareño; es decir, que la familia perdona y acepta la situación, puesto que se reconoce que la PAMD es "golosa" y no puede controlar sus impulsos.

El deseo: el cuerpo me pide comer cosas dulces

Asociado al patrón de "persona golosa", aparece el concepto del deseo de comer cosas dulces, como un impulso incontrolable para muchos que los hace romper las reglas.

Así, encontramos frases como "*el cuerpo me pide lo dulce*", "*la mente me*

traiciona”, “se me revienta la hiel si no como algo dulce” o “el cuerpo necesita comer cosas dulces”.

La pérdida del control es justificada por la creencia de que el cuerpo requiere consumir alimentos dulces, como una necesidad fisiológica.

EL CAMBIO EN LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS PAMD, HECHO BASTANTE COMPLEJO

En la Tabla 1 se presentan las principales estrategias mencionadas por las PAMD para adecuar su alimentación cotidiana a las necesidades particulares de su estado de salud.

Al respecto, es importante indicar que el cambio más permanente que realizan las PAMD está relacionado con el uso del azúcar de mesa.

La decisión de cambio en las prácticas alimentarias se relaciona principalmente con las oportunidades que tiene la persona en términos económicos, el apoyo familiar, el rol en la compra y preparación de las comidas, la situación laboral, la sensación de satisfacción y saciedad, la disponibilidad de la persona para el cambio de hábitos y la información y habilidades para preparar comidas diferentes.

Al respecto, se pudo observar que los varones tienen mayor dificultad para cambiar el patrón de alimentación; mientras que las mujeres mencionan menores dificultades para hacerlo. Por su parte, los familiares refieren que, aun cuando ellos están dispuestos a apoyar al familiar diabético para que adecue su estilo de alimentación a sus necesidades, el cambio depende de la disposición de la persona para aceptar los cambios que requiere para seguir una dieta según sus necesidades.

De la misma manera, es reiterativa la necesidad de aprender a modificar la alimentación para ajustarla a las necesidades de la PAMD, lo cual implica conocer con mayor amplitud las razones justificadas para sustituir alimentos y preparaciones tradicionales en la dieta y cómo realizar esos cambios, de tal forma que la actividad de alimentarse conserve los valores atribuidos, como el reconocimiento social, el afecto y el placer.

El poco conocimiento sobre las modificaciones que podrían hacerse en la alimentación, con una reducción o eliminación de tres saborizantes de uso general (el azúcar, la sal y la grasa), se convierte en una barrera que provoca el rechazo de alimentos considerados como “dietéticos”.

Lo anterior trae problemas de densidad energética y nutricional, puesto que la dieta se reduce drásticamente en tipos y cantidades de productos alimenticios, con la consecuente disminución en la calidad nutricional de la alimentación.

CONCLUSIONES

El perfil de la población informante se caracteriza por ingresos económicos reducidos, baja escolaridad, buen control médico, poca participación en actividades complementarias a la consulta médica e información nutricional basada en prohibición del consumo de ciertos alimentos.

Se resalta el uso del lenguaje dicotómico y prohibitivo para referirse a los alimentos. Además, la renuncia al sabor dulce y los alimentos relacionados con este es una de las ideas más posicionada respecto a las medidas que debe asumir una persona diabética.

Tabla 1
Estrategias para el cambio en la alimentación cotidiana
seguidas por las personas adultas mayores diabéticas
La Unión, Cartago, Costa Rica (noviembre, 2004)

Ámbito	Estrategias
<p>Tipos de alimentos</p> <p>Los ajustes dietéticos dependen del grado de conocimientos y habilidades de las personas para cocinar, así como de los medios económicos para adquirir los productos que necesita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del azúcar de mesa. • Continuar con la misma alimentación, pero ajustando la frecuencia y la cantidad de alimentos consumidos. • Disminución en la frecuencia y la cantidad de alimentos fuente de azúcar y grasas. • Incremento en el consumo de frutas y vegetales, práctica limitada a la disposición de recursos económicos y hábitos. • En el caso de los varones, la renuncia de preparar ciertas comidas es una determinación individual como jefe de familia. La decisión es asumida por la encargada (o encargadas) de preparar las comidas en el hogar. Así, el resto de la familia se adecúa a la situación particular de un miembro enfermo. Esta dependencia de los varones se convierte en una barrera importante, por cuanto si la mujer cuidadora no desea cooperar o más bien se excede en sus cuidados, puede llevarlos a problemas en la alimentación. • Cuando la mujer diabética es la encargada de la preparación de las comidas en el núcleo familiar, ella es la que generalmente se adapta a los gustos y preferencias del resto de la familia. De esta forma, los hábitos familiares no se modifican en gran medida, con excepción del uso de grasa y azúcar. Las mujeres diabéticas son las que deciden omitir ciertas comidas o incluir algunos alimentos en su alimentación individual. Algunas reciben el apoyo de las hijas en la preparación de comidas, principalmente cuando se trata de mujeres que viven solas o no son las responsables directas de la preparación de las comidas en la familia.
<p>Horarios de comida</p> <p>Los ajustes dependen del tipo de tratamiento, principalmente cuando es necesario el uso de insulina y de la disposición de la familia para aceptar cambios en los horarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a eliminar la comida de la tarde. • Consumo de pequeñas comidas y de manera desordenada, fuera de horarios de comida. Estas no se cuentan como parte de la dieta. • No se evidenció una relación explícita entre la administración del medicamento y el horario de comidas, aunque la mayoría que recibían tratamiento con insulina, en la práctica trataban de cumplirlo. • Los varones, al depender de sus compañeras o hijas para que le administraran la comida, seguían los horarios preestablecidos en la casa, sin importar si estos se ajustaban o no a su situación particular. • Ajustar la alimentación a las necesidades en el ámbito laboral, en el caso de los varones.
<p>Consumo de alimentos fuera del hogar</p> <p>Depende de la frecuencia de actividades fuera del hogar, del compromiso de la persona para continuar con su régimen dietético y las posibilidades para realizar cambios según el menú ofrecido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rompen la dieta o no consumen alimentos (ayunan). • Poco empoderamiento de estas personas para exigir un servicio más adecuado a sus necesidades. • Renuncia a participar en actividades externas al hogar.

Por su parte, los alimentos prohibidos están relacionados con tradición, manifestación de afecto, convivencia y reconocimiento social, por lo que renunciar a prepararlos y consumirlos de manera individual o grupal tiene un significado especial para las PAMD. Sobresale la expectativa de que otros le indiquen a las PAMD qué deben comer, actitud que refleja dependencia y pérdida de la autonomía; además, se otorga a los familiares, por lo general a mujeres, el rol de cuidadores y fiscalizadores de la alimentación recomendada por el centro de salud.

La poca información sobre cómo realizar los cambios requeridos en la alimentación, aunado a conductas pobres de autocuidado, limitados recursos económicos, dependencia y falta de facilidades para el consumo de alimentos fuera del hogar, dificulta los cambios o ajustes en la dieta como medida de control.

Para ejecutar los cambios en la alimentación, se requiere de habilidades y destrezas en la selección y preparación de los alimentos, ante las cuales socialmente los hombres están en desventaja y muestran mayor dependencia familiar.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue posible gracias al apoyo de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica y el Programa de Atención Integral de Salud, convenio UCR-CCSS y la Escuela de Nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

Birch L. y Grimm K. (1997). "Patrones de aceptación a los alimentos: Los niños aprenden lo que viven". En: *Pediatric Basics*. 18: 2-9.

Chowdhury, M.; Helman, C. y Greenhalgh, T. (2000). "Food beliefs and practices among British Bangladeshis with diabetes: implications for health education". En: *Anthropology & Medicine* 7(2): 209-226.

De Souza, M. (1997). *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Argentina: Lugar Editorial.

Ministerio de Planificación (2004). Datos sobre salarios mínimos a partir de la información del Banco Central de Costa Rica y la Dirección General de Estadística y Censos (en línea) [fecha de acceso 11 de octubre del 2004]; URL: www.mideplan.go.cr.

Nátera, G. y Mora, J. (2000). "Aplicación de la teoría al caso de México". En: Martínez M. y Del Campo, A. *Análisis cualitativo en salud: Teoría, método y práctica. Compilación de varios autores*. México: Programas Educativos S.A.

Núñez, D. (2002). *Vejentudes y juventudes, la familia en esta (h)orilla del siglo XXI*. San José: Editorial UNED.

Plazas, M. (1995) "La alimentación de los niños". En: *Cuadernos de Nutrición*. 18(2): 21-28.

Sánchez, G. y López, E. (1980). "Concepto de frío y caliente en medicina y alimentación en el cantón de La Unión". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. Año 6 (6): 16: 35-45.

Savoca, M. y Miller, C. (2001). "Food selection and eating patterns: themes found among people with Type 2 Diabetes Mellitus". En: *J. Nutr. Ed.* 33: 224-233.

- Sedó, P. y De Mézerville, G. (2003). Los significados de la alimentación: el caso del adulto mayor. Red Latinoamericana de Gerontología. (en línea) [fecha de acceso 4 de octubre del 2004]; URL: *www.gerontologia.org*.
- Sedó, P. (2004). *Prácticas y significados de los procesos de atención en salud y la alimentación en un grupo de adultas y adultos mayores diabéticos, bajo un enfoque gerontológico*. Tesis para optar por el grado de Magíster Scientiae en Gerontología, Universidad de Costa Rica.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Primera edición. España: Editorial Paidós.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Editorial Síntesis Sociológica.

