

**CARACTERIZACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR DE 5
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS DEL
MUNICIPIO DE VENTAQUEMADA BOYACÁ COLOMBIA**

**CHARACTERIZATION OF THE FAMILY DYNAMICS OF 5
ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE
MUNICIPALITY OF VENTAQUEMADA BOYACÁ COLOMBIA.**

**CARACTÉRISATION DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE DE
5 PATIENTS ÂGÉS ATTEINTS DE DIABÈTE SUCRÉ DE LA
MUNICIPALITÉ DE VENTAQUEMADA BOYACÁ COLOMBIE**

**CARACTERIZAÇÃO DA DINÂMICA FAMILIAR DE 5 PACIENTES
ADULTOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS DO MUNICÍPIO
DE VENTAQUEMADA BOYACÁ COLÔMBIA**

Lina Dayana Acevedo Alarcón¹

Diana Reina Moreno²

Yenly Alexandra Vargas Patarroyo³

Juan Gabriel Salazar Jiménez⁴

Recibido: 29 de julio de 2021

Aceptado: 24 de junio de 2022

¿Cómo citar este artículo?:

Acevedo Alarcón, L. D., Moreno, D. R., Salazar Jiménez, J. G. & Vargas Patarroyo, Y. A. (2021). Caracterización de la dinámica familiar de 5 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus del municipio de Ventaquemada Boyacá Colombia. *Desarrollo, Economía y Sociedad*.10(1), 89-103. DOI 10.38017/23228040.782

1 Trabajadora Social, Especialista en Familia y Vínculos Intergeneracionales, Semillero de investigación Niñez y Juventud. Fundación Universitaria Juan de Castellanos. Correo: linithaacevedo@outlook.com. <https://orcid.org/0000-0001-6261-9229>

2 Trabajadora Social, Especialista en Familia y Vínculos Intergeneracionales, Semillero de investigación Niñez y Juventud. Fundación Universitaria Juan de Castellanos. Correo: diremo2010@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-1894-0773>

3 Trabajadora Social, Especialista en Familia y Vínculos Intergeneracionales, Semillero de investigación Niñez y Juventud, Fundación Universitaria Juan de Castellanos. Correo: alexavpatarroyo@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-2826-4406>

4 Psicólogo, Magíster en Derechos Humanos, Docente Especialización en Familia y Vínculos Intergeneracionales. Líder Grupo de Investigación Ciclo Vital Familia y Desarrollo Humano. Fundación Universitaria Juan de Castellanos. Correo: jugasaji@jdc.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-7760-0085>

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo describir las características de las dinámicas familiares de pacientes adultos mayores con diabetes tipo II, en el municipio de Ventaquemada, Boyacá. Esta investigación es de tipo cualitativo, con enfoque histórico hermenéutico, realizada mediante estudio de caso; se aplicó una entrevista semiestructurada, los participantes fueron cinco adultos mayores diagnosticados con diabetes tipo II.

Los resultados estuvieron enmarcados en la descripción de la dinámica familiar, toma de decisiones, relaciones afectivas y roles; se concluye que las dinámicas familiares y el sistema familiar se ven afectados de manera significativa; los hallazgos evidencian que los hijos o familiares toman sus decisiones, pero ellos están informados de éstas; después del diagnóstico las relaciones afectivas se han mejorado ya que tienen mayor demostración de afecto y confianza con su familia. Finalmente, en todos los casos, uno de los hijos debe quedarse en casa al cuidado del adulto mayor y debe asumir los roles de cuidado y responsabilidad económica de éste. En conclusión, la dinámica en la familia se ve afectada por los múltiples cuidados que necesitan los adultos mayores, por las características de cuidado que requiere el tratamiento de la diabetes mellitus.

Palabras clave: Familia, Roles, Dinámica familiar y Diabetes Mellitus.

Abstract

The present research is aimed at describing the characteristics of the family dynamics of older adult patients affected by type 2 diabetes in the municipality of Ventaquemada, Boyacá. The research is qualitative with a hermeneutic historical approach, carried out through a case study. A semi-structured interview was applied, the participants were five older adults diagnosed with type 2 diabetes. The results were based on the description of family dynamics, decision-making, affective relationships, and roles. Family dynamics and the family system are significantly affected, the findings show that the children or family members make their decisions, but they are informed of these decisions. After the diagnosis, the affective relationships are better, since they have a greater demonstration of affection and trust with their family, finally, in all cases, one of the children must stay at home to care for the elderly and must assume their roles of care and economic responsibility. In conclusion, the dynamics in the family are affected by the multiple care required by the older adults due to the characteristics of care needed for the treatment of diabetes mellitus.

Keywords: Family, Roles, Family dynamics, and Diabetes Mellitus.

Résumé

La présente étude vise à décrire les caractéristiques de la dynamique familiale des patients âgés atteints de diabète de type 2, dans la municipalité de Ventaquemada, Boyacá. Il s'agit

d'une recherche qualitative avec une approche historique herméneutique, réalisée par une étude de cas. Un entretien semi-structuré a été appliqué, les participants étaient cinq personnes âgées diagnostiquées avec un diabète de type 2. Les résultats ont été présentés dans la description de la dynamique familiale, de la prise de décision, des relations affectives et des rôles. La dynamique familiale et le système familial sont affectés de manière significative, les résultats montrent que les enfants ou les membres de la famille prennent leurs décisions, mais ils sont informés de celles-ci. Après le diagnostic, les relations affectives se sont améliorées, car ils ont plus d'affection et de confiance avec leur famille, enfin, dans tous les cas, l'un des enfants doit rester à la maison pour s'occuper de l'adulte âgé et doit assumer ses rôles de soins et de responsabilité financière. Pour conclure, la dynamique au sein de la famille est affectée par les multiples soins dont les personnes âgées ont besoin en raison des caractéristiques des soins qu'exige le traitement du diabète sucré.

Mots-clés : Famille, Rôles, Dynamique familiale et Diabète Sucré.

Resumo

O objetivo desta pesquisa é descrever as características da dinâmica familiar de idosos com diabetes tipo 2, no município de Ventaquemada, Boyacá. Esta pesquisa é do tipo qualitativa com abordagem hermenêutica histórica, realizada por meio de um estudo de caso. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada, os participantes foram cinco idosos diagnosticados com diabetes tipo 2. Os resultados foram enquadrados na descrição da dinâmica familiar, tomada de decisão, relações afetivas e papéis. Conclui-se que a dinâmica familiar e o sistema familiar são significativamente afetados, os achados mostram que os filhos ou familiares tomam suas decisões, mas são informados sobre elas. Após o diagnóstico, as relações afetivas melhoraram, pois têm maior demonstração de afeto e confiança com a família, enfim, em todos os casos uma das crianças deve ficar em casa aos cuidados do idoso e deve assumir seus papéis de cuidado e responsabilidade econômica. Conclui-se que a dinâmica familiar é afetada pelos múltiplos cuidados que os idosos necessitam devido às características de cuidado que o tratamento do diabetes mellitus exige.

Palavras-chave: Família, Papéis, Dinâmica familiar e Diabetes Mellitus.

Introducción

Según menciona la Organización Mundial de la Salud (2020), el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980, a 422 millones en 2014; la prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. Es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los

miembros inferiores. Es decir, esta enfermedad se convierte en problema cuando uno de los miembros de la familia es diagnosticado con la enfermedad, debido a que tiene una serie de implicaciones médicas y sociales, más aún si el integrante es un adulto mayor, el cual es propenso a tener o ser diagnosticado de otras enfermedades de acuerdo al dictamen inicial y la edad.

Para el caso de una enfermedad crónica donde se relacionan varios cambios, entre ellos el diagnóstico, los estilos de vida que se deben iniciar, las situaciones familiares que se derivan después de una enfermedad, hacen propicias situaciones problemas o de dificultad en la dinámica y estructura de la familia, repercutiendo quizás en su bienestar. En Colombia, la diabetes es un problema que crece de forma silenciosa. “Los números gruesos de esta problemática en Colombia son 3,3 millones de personas que sufren de diabetes aproximadamente; de ellas, 2,1 millones están diagnosticadas y hay más de un millón de personas que la sufren sin estar diagnosticadas” (Meza & Taboada, 2017).

Para el caso del municipio de Ventaquemada, de acuerdo con el reporte del Análisis Situacional de Salud (ASIS, 2019), la casusa de muerte por diabetes se ubica en tercer lugar, con una tasa ajustada por edad de 16.65 por 100.000 habitantes. El informe describe que la diabetes y la hipertensión arterial son eventos precursores responsables de la aparición y progresión del daño renal; se toma la prevalencia de esos eventos en el grupo poblacional de 18 a 69 años, edad considerada con el mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad renal crónica. Para el municipio de Ventaquemada, durante el periodo comprendido entre los años 2011 y 2018, tanto prevalencia de la diabetes mellitus como Hipertensión Arterial muestran una tendencia al aumento, con una aparición en edades entre 30 – 50 años, presentado mayor complicación por la aparición de enfermedades asociadas a la Diabetes en población mayor a los 60 años.

Cuando la persona es adulta mayor, representa mayor problema para el cuidado médico y físico, por lo que requiere que sus familiares le apoyen, Minuchin & Fishman (1985);

consideran que la familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella, cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y por lo tanto, su conducta influirá en los demás. Es decir, “la afección altera la vida familiar y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios, en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia en que habita la persona enferma condiciona una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento” (Mendizábal & Pinto, 2006 p. 2).

La familia representa un papel importante en los procesos de adaptación y seguimiento de cambios inesperados de algún miembro del núcleo familiar (Díaz & Quezada, 2008); de esta manera se puede entender la familia como quien reúne y comprende un todo, y a su vez influye de manera determinante en cada uno de los miembros de la misma; así es necesario entender que la familia se convierte en la red de apoyo directa, cuando un miembro de la misma presenta una enfermedad crónica como la diabetes y que ésta influye de manera positiva o negativa sobre el adulto con diabetes (González-Castro, 2011). Según Viveros & Arias (2006), la dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia, para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo; “en ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre” (p. 6).

La dinámica familiar es un concepto que engloba los encuentros entre las subjetividades de los miembros de la familia, y estos se hallan mediados por unas normas, reglas, límites, jerarquías y roles, que cada familia construye y reconstruye, y permiten el funcionamiento de la vida familiar, regulando la

convivencia entre los miembros. Para ello es necesario que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol, ya que esto facilita su adaptación a la dinámica interna (Sánchez, Aguirre, & Solano, 2015). De acuerdo con lo anterior, la situación que genera un problema mayor es cuando la familia de los pacientes diagnosticados con diabetes puede aislarse o presentar actitudes de miedo o negación, dejando de ser un soporte para el paciente, de manera que impiden y construyen obstáculos en el tratamiento de la enfermedad, puesto que no se adaptan a los nuevos roles o funciones que deben cumplir para apoyar al miembro familiar que sufre la enfermedad (Gómez & Villa, 2014).

Las características de la dinámica familiar están divididas en la comunicación, entendida como el flujo de pensamientos, sentimientos y emociones, que puede presentarse bien sea bloqueada o dañada, o alterarse transitoriamente ante eventos adversos para el sistema o para alguno de sus miembros; el afecto, que permite el flujo de sentimientos y demostraciones de afecto y desagrado, implicando corresponsabilidad e interdependencia que permita la funcionalidad familiar y el desarrollo del paciente, es sumamente importante debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano (Agu-del, 2005).

Es aquí cuando la estructura permite que la familia adopte límites, reglas y roles frente al funcionamiento adecuado de su núcleo familiar y el ajuste a situaciones adversas; la autoridad que se da en función del género y las generaciones estipulando subordinación y reconociendo que se trata, en esencia, de intercambios de poder, permitiendo que la comunicación medie en el proceso y el

rol de autoridad sea permanente, movable o asignado por defecto. Por ello es importante determinar si ser la figura de autoridad es un factor de riesgo frente al cuidado y tratamiento del paciente y si esta designación se ve afectada por el diagnóstico (Ariza & Oliveira, 1999); los roles, especialmente su división a partir del género que tienen una base principalmente cultural (López, 1984).

Para el caso del Municipio de Ventaquemada, Boyacá, considerado como un municipio rural, el cual tiene una estimación de 15.442 habitantes (DANE, 2008), existe una representación considerable de adultos mayores atendidos por el Centro de Salud del Municipio, el cual corresponde a 811 pacientes determinados como crónicos por la ESE Ventaquemada, 2018, de los cuales 58 son pacientes diabéticos. La diabetes es una enfermedad crónica que ocasiona cambios radicales en la salud y que directa o indirectamente modifica la dinámica familiar de los pacientes diagnosticados de la enfermedad; por esta razón, el objetivo del presente artículo es caracterizar las dinámicas familiares de pacientes adultos mayores con diabetes tipo dos en el municipio de Ventaquemada, Boyacá 2019.

Diseño Metodológico

La investigación es de tipo cualitativo, basado en el enfoque histórico hermenéutico con un diseño de estudio de caso. La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre el año de 2018-2019. Se hizo un muestreo por criterio lógico referencial, en la cual los participantes seleccionados fueron escogidos de la base de datos manejada por el Centro de Salud del Municipio de Ventaquemada, se hizo contacto con 10 adultos mayores de los cuales 5 pacientes

aceptaron participar de manera voluntaria. Se firmó un consentimiento informado con cada familia, luego se realizó un cuestionario sociodemográfico y una entrevista semiestructurada.

Resultados y Discusión

Los resultados que se presentan surgen de las informaciones recabadas mediante las entrevistas semiestructuradas, en torno a las variaciones en las dinámicas familiares que se pudieren presentar en el medio familiar de pacientes adultos mayores, diagnosticados con diabetes en el Municipio de Ventaquemada; los participantes eran adultos mayores, pacientes con diabetes tipo I y II (3 mujeres y 2 hombres) del Municipio. La edad de los y las participantes estuvo comprendida entre 63 y 83 años de edad, con diagnóstico de Diabetes tipo dos; se consideró la participación voluntaria de las personas cuidadoras y/o familiares de los pacientes de diabetes.

De acuerdo con los resultados, se evidencia que antes del diagnóstico, los participantes refieren que la confianza que se genera en la familia, son la construcción de los vínculos afectivos y una buena convivencia familiar; es decir, unos lazos de afectividad de larga duración, caracterizados por mantener la cercanía de la familia, principalmente de los hijos del adulto mayor; los pacientes de diabetes mencionan que la cercanía de los hijos y de la familia se genera por medio de las actividades que realizan como el juego, la recreación, el trabajo y distracción, y que esto crea una relación fuerte en la familia, así como lo mencionan los adultos en la mayoría de casos. La confianza y la ayuda es la base principal que expresa cada uno de los miembros del núcleo familiar. *“Hablabamos y compartíamos mucho con mis hijos,*

a ellos les gustaba siempre celebrarme los cumpleaños, se reunían todos y compartían” E5.

Según Viveros & Vergara (2014), la confianza como una manifestación de la aceptación del otro que se constituye en próximo e incierto a la vez. Se trata de depositar en el otro la posibilidad de no ser lastimado, abandonado o afligido. La confianza implica, por tanto, un lazo de afectividad que se construye en el tiempo, en la interacción; es decir, se construye socialmente como realidad.

Posterior al diagnóstico los participantes mencionan que la confianza y cercanía de los hijos y de la familia se desarrolla es por medio de las actividades que realizan cuando los hijos los visitan y los acompañan a sus controles médicos, lo que permite crear una relación más fuerte entre algunos de ellos, como lo mencionan los adultos en la mayoría de casos; la confianza y la ayuda recae primordialmente en algunos hijos, los cuales suelen conocer todas las situaciones que les suceden a los padres y en muchos casos se crean lazos de confianza y empatía con los mismos. *“Con los hijos que están pendiente bien, ellos siempre me escuchan me preguntan cómo estoy, me acompañan además de que pues con mis nietos ellos también vienen y comparten conmigo”* E5.

Dichos resultados indican que los adultos mayores presentan un nivel de adaptación familiar, por lo tanto muestran que están satisfechos dentro del grupo primario de apoyo, lo que mejora el estado de ánimo y aceptación de la enfermedad, pero cuando los espacios compartidos con los hijos son mínimos, hace que la confianza y la dinámica familiar se vea afectada por situaciones de distancia y soledad, lo que influye en el control de la enfermedad.

La confianza en el núcleo familiar es un vínculo emocional que tiene cada uno de los miembros de la familia entre sí, la cual va vinculada a las demostraciones afectivas para adaptarse a la presencia de cambios importantes. Se evidencia que un vínculo emocional entre algunos miembros de la familia ayuda a fortalecer las relaciones de liderazgo y comunicación; sin embargo, es preciso mencionar también que con la confianza se teje un tema importante al interior de las familias y es la norma de relación del núcleo familiar. Los adultos expresan que la relación con sus hijos es buena y afectuosa y muestran cariño, amabilidad y amor hacia ellos, por lo que continuamente suelen preguntar sobre su situación de salud y personal, lo que hace que el paciente de diabetes se siente apoyado y afectuoso y mitigan la distancia de los hijos.

Esta búsqueda de afectividad permite establecer vínculos con todas las personas del entorno; es por esta razón que entre los adultos y sus hijos se han creado vínculos más fuertes, en donde la confianza juega un papel fundamental de la relación. Cifuentes y Yefi (2005), refieren que la reacción de adaptación familiar al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante.

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación; esto conlleva un desgaste que puede ocasionar que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros, si el personal sanitario no está atento a ello; la reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos (Naranjo & Pacheco, 2016).

En relación a la comunicación, los participantes indican tener una buena comunicación con sus hijos, es decir era armoniosa y cercana; comentan que establecían espacios para “recochar”, dialogar, decir palabras cariñosas y reír. *“Recochábamos así fuera cuando llegaba de trabajar o en las noches hablamos y reíamos, además lo que siempre era algo que se daba en la casa era las ganas de motivar a los otros y decíamos vamos a salir adelante, entre todos vamos a hacer esto, vamos a ahorrar”* E1.

Es así que se coincide en la cercanía con los familiares tanto en la comunicación como en afecto; refieren que la dinámica familiar se caracteriza por un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías, roles y límites claros y definidos, comunicación abierta y explícita y cada uno de los miembros del núcleo familiar cumplen con sus responsabilidades, tienen conductas apropiadas, cuando existen conflictos personales los solucionan con el diálogo, presentan casi siempre cohesión familiar, siendo esta la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones en la toma de decisiones de las tareas cotidianas; por lo tanto, ellos posee armonía en su familia.

La cercanía con los familiares, tanto en la comunicación y afecto siguen haciendo presencia después del diagnóstico, aunque perciben un aislamiento de acuerdo a que la mayor parte de su vida están alejados de los hijos por factores contextuales, personales y laborales; por esta razón se abarca el cariño como una estructura fundamental en las relaciones familiares y futuras relaciones sociales; es por ello que los pacientes de diabetes mencionan que el mantenerse en contacto con sus familiares, es la base primordial para expresar sus emociones, pensamientos e ideales.

En relación al afecto y su manifestación, se evidencia que las relaciones afectivas son un elemento importante para el bienestar global de la persona y pueden ser determinantes en los hábitos de vida y la salud de los individuos, tanto en sentido positivo como negativo

“Igual nos decimos palabras bonitas como los sobrenombres pero de pronto ha cambiado un poco es porque mis hijos están lejos. Siempre dialogamos, compartimos las cosas, nos contamos más que todo con mi hija, por lo que ella siempre está pendiente de nosotros; sobre las cosas que pasan mis otros hijos me están llamando cada ocho días y me dicen mamá está bien cómo se siente y si ellos duran tiempo en llamarme ya sea por su trabajo yo me pongo a llorar” E2.

Se evidencia que cuando existen fuertes lazos afectivos, se fortalece la autoestima, el autocontrol y el afán, compromiso y superación; es decir, de manera positiva incide en adecuados hábitos saludables en distintos ámbitos (Torres, et. al., 2019).

A partir del diagnóstico los participantes difieren en la actitud que muestran sus hijos hacia ellos; en la mayoría de los casos, indican que sí hay una hija que siempre se mantiene muy activa y colaboradora frente a las necesidades que ellos requieran. Los adultos mayores expresan su alegría o momentos de felicidad cuando los acompañan y toman decisiones frente a su estado de salud o sus controles; también se sienten felices cuando son reconocidos o los tienen en cuenta para diferentes actividades y celebraciones, más que los aspectos materiales o físicos es la satisfacción por el reconocimiento.

En relación a la armonía, los participantes describen las emociones básicas que expresan y sienten:

“Siempre nos reuníamos y hablábamos para ver como podíamos hacer y cómo le dábamos solución; nunca dejamos de lado a ninguno de nosotros, siempre tratábamos de que todos supieran la situación y propusieran lo que les parecía para saber qué pensaban de lo que sucedía y cómo lo solucionaríamos” E2.

Las más representativas son el diálogo, la unión y la escucha activa en la familia, lo cual permite tener una tranquilidad para la condición en la que se encuentran; es por esto que muchos identifican que para ellos es indispensable que sus familias estén presentes en las situaciones de salud y dificultades que puedan llegar a tener, ya que para ellos el poder compartir y dialogar hace que puedan mejorar y sobrellevar el estilo de vida que tiene una persona de la tercera edad.

Por eso, los momentos y espacios que se comparten reflejan buenas relaciones, lo que hace que sobrelleven con mejor actitud las situaciones; en algunos casos se refleja que las decisiones las toma la hija con la cual conviven y está cargo del cuidado.

“Pues las decisiones ahora las toman mis hijos sobre todo la Flor porque los otros están en Bogotá, pero mi hija les comenta y ellos dicen que sí o no pero a ella le toca estar al pendiente de todo. Pues primero las decisiones frente a mi salud las toman todos en unión, cualquiera que sea, por ejemplo la decisión es de la Flor; ella se la dice a todos y se le da aprobación o no se le da aprobación y se le dice bueno por esta y esta razón y eso” E2.

La toma de decisiones permite una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida; estas se

pueden presentar en distintos contextos y en conjunto permite ser un factor protector. La familia apoya la toma de decisiones del adulto mayor a través del consenso, evidenciándose nuevamente la prevalencia de la opinión de los hijos, especialmente las hijas cuidadoras. Describen, en general, una sensación de unidad familiar a pesar de las limitantes de tiempo y los lugares de residencia.

“Pues casi siempre hablan mis tres hijos, que son los que están al pendiente de mí, y a veces le dicen a los otros que son los que a veces hacen por preocuparse; entonces ellos hablan para ver a qué clínica me llevan y cómo hacen para asumir los gastos médicos” E5.

Pues casi siempre mis hijos y mi mujer son los que están al pendiente, aunque mis hermanos también se preocupan de mi salud ... pues siempre ellos son los que piensan a dónde llevarme al médico o son los que me acompañan a los controles, que casi siempre son aquí en el centro de salud, pero entonces a veces tienen que llevarme a Tunja y cuando los medicamentos no me los cubre el seguro o no me los entregan mi esposa y mis hijos son los que deciden comprarme esos medicamentos para que no me empeore mi salud. E2.

Los participantes que tienen apoyo de sus hijos, manifiestan sentirse acompañados por sus familias y describen situaciones de unidad familiar, que los pueden llevar a tener un adecuado manejo de sus alteraciones de salud y tener una ancianidad mucho más positiva y gratificante que si percibieran estar solos o abandonados.

En relación a los medios económicos antes del diagnóstico, los participantes se dedica-

ban a actividades económicas propias del medio rural como agricultura, ganadería, comercio de productos agrícolas, aunque algunos reportan haber trabajado en viveros o restaurantes. Ellos identifican y describen una precarización de la situación económica, derivada de las limitantes de salud impuestas por la enfermedad y que impiden el ejercicio de un trabajo como al que estaban acostumbrados; en el caso de los hombres se encuentran manifestaciones de malestar por esta razón, pues los hijos se convierten en el principal sostén económico, así como el acceso a subsidios mínimos, el arriendo de predios y la venta de productos del campo.

“Antes se tenían siembras, los chinos eran los que estaban al pendiente de esos cultivos o echaban azadón; también pues se tenía ganado y se vendía la leche para recibir el pago semanalmente, algunos de los chinos tenían ordeños y así ganaban un sueldo y pues también se tenían gallinas y los huevos que se recogían algunos se vendían; así pues todos aportábamos para la casa” E2.

El aspecto económico es quizás uno de los que mayores cambios sufre luego del surgimiento del diagnóstico, dado que las condiciones de la patología determinan una modificación importante en sus estilos de vida, impidiendo que continúen sus ocupaciones habituales y favoreciendo cierto tipo de dependencia económica en la tercera edad, por lo que los principales responsables del tema económico serán los hijos, los subsidios insuficientes en la mayoría de los casos, y las actividades económicas más pasivas como el arriendo de predios o la venta de productos de finca (huevos, leche, entre otros).

“En mi caso yo ya no puedo trabajar, pero entonces tengo ganado y de la leche recibo

un pago; también hay veces que arriendo unos lotes entonces pues hay me ayudo y pues también mi hijo Ignacio él trabaja al jornal entonces con eso pues los dos pagamos los gastos de la casa, ya que Estrella no puede trabajar porque ella está al pendiente de las cosas que hay que hacer en la casa y además ella también tiene el azúcar alto y hay veces se ve enferma” E5.

Por tanto, limita las posibilidades de alcanzar y gozar de un bienestar integral en su etapa del ciclo vital en la que se encuentran, ya que al no tener los ingresos necesarios y suficientes y siendo diagnosticados con una enfermedad crónica, esto representa la falta de oportunidad para acceder y tener los medicamentos que ayudan en el control de las enfermedades.

“Pues nosotros tenemos un subsidio que nos llega cada mes de cuarenta y cinco mil pesos y pues con eso compramos nuestras cosas y pues también tenemos arrendado el lote de aquí e pa bajo y pues los hijos también nos mandan platica” E4.

En relación a la solución de problemas familiares, después del diagnóstico, se presenta una transformación sensible puesto que las decisiones antes tomadas por la pareja, ahora recaen principalmente en los hijos (por consenso) y especialmente en la hija cuidadora.

“Pues hablamos, dialogamos con mis hijos, con mi esposo también, evitamos alegar sino más bien ayudarnos en alguna cosa y ver qué hacer para solucionar algún problema. Pues la verdad ahora pa solucionar alguna cosa toca esperar a los hijos que vengan o llamen y digan qué hacer o la Flor que es la que sabe todo lo que pasa aquí en la casa y es la que está pendiente de nosotros” E2.

Esto puede generar mayores conflictos entre hermanos por el manejo que se le da tanto al cuidado del adulto mayor como a su sostenimiento económico (Jiménez, 2015). Se aprecia además que luego del diagnóstico el rol de toma de decisiones comienza a ser asistido por familia de origen, como el caso de hermanos y sobrinos, lo que también puede determinar una modificación o confrontación entre miembros de la familia, a manera de desacuerdos sobre cómo abordar el diagnóstico y el cuidado de la salud del paciente. Sin embargo, los adultos mayores muestran una disposición generalizada a evitar los conflictos con su familia y una comprensión adecuada respecto a que lo que motiva sus decisiones es garantizar su bienestar.

En cuanto a las relaciones familiares, luego del diagnóstico se siguen describiendo como positivas y mediadas por la escucha, la atención a las recomendaciones médicas y a la enfermedad; en dos casos se hace presente la figura del cuidador en cabeza de una hija que asume el papel del cuidado del adulto mayor y también existen manifestaciones acerca de que se generaron cambios y la sensación de encierro en el adulto mayor con diabetes; se evidencia que el adulto mayor cuenta con una percepción de sí mismo que puede generar malestar, como la sensación de encierro o de ser una carga que atribuye a las consecuencias de su enfermedad crónica (Minuchin, 1967)

“Pues igual, sino que ahora todos sufrimos pero pues igual toca seguir, siempre nos hemos apoyado y lo seguiremos haciendo; aquí consideramos que el dolor es de todos, entonces si uno se cae pues a todos nos duele por eso ellos sufren pues con mis dolores y con mi problema de salud. Pues algo que no ha cambiado es el respeto, mis hijos me

respetan mucho igual con mi esposa, además siempre nos colaboramos” E1.

Además de afectar sus estilos para afrontar la enfermedad, siendo esto importante si se tiene en cuenta que al promover nuevas formas de enfrentamiento, se evitaría la desaparición de la depresión en el adulto mayor y en consecuencia su no intervención podría llevar al surgimiento del trastorno depresivo, afectando la salud física y mental del adulto mayor (López & Rodríguez, 1999).

En este grupo de participantes, en el adulto mayor se privilegia además de la manifestación de su afecto hacia los nietos, la aparición de relaciones diferenciales con los hijos a partir del interés percibido por parte de estos últimos sobre su situación de salud. Sin embargo, continúan insistiendo en que todos sus hijos están presentes de alguna manera en su vida, lo que resulta en una contradicción que podría ampliarse en otro tipo de investigaciones.

“A mí si me da tristeza que todos mis hijos no me ayuden con el cuidado, o no me apoyen cuando me he visto muy enferma, que se hagan los chacosos y solo se preocupen por la plata” E5.

En relación a las pautas de cuidado, los participantes mencionan que los hábitos y estilos de alimentación que solían consumir, fue lo que determinó la aparición de la enfermedad y por ello se da, a partir del diagnóstico, un mayor nivel de conocimiento sobre los alimentos, el ejercicio y otras medidas de autocuidado que el adulto mayor implementa, en la medida en que las comprende y cuenta con un cuidador que le apoya su implementación.

“Pues me cuido del frío y de no mojarme, toca comer más verduras y frutas pero la verdad yo casi no dejo de comer mis papitas, arrozito, mis sopitas, aunque sí comemos pollo o carnicita más seguido... también tengo que ponerme mi oxígeno y tomarme los medicamentos que me dan los médicos y pues doña Juana está al pendiente de unos medicamentos que no sé cómo aplicarlos o tomármelos” E4.

En relación a los roles, se identificó que en los casos en que el hombre es el paciente identificado, la mujer también asume el rol de cuidadora, no siendo así cuando la paciente es ella. Surgen también informaciones en torno al cambio en las dinámicas y relaciones familiares derivadas de situaciones económicas propias del contexto y del ciclo vital de la familia, como los conflictos por sucesiones, lo que altera el nivel de apoyo percibido por el adulto mayor sobre su condición de salud. Todos manifestaron, sin embargo, que sus hijos, especialmente sus hijas, están pendientes de su dieta y el seguimiento de las recomendaciones médicas, e incluso apoyan el cambio de dieta consumiendo los alimentos del modo en que el adulto mayor lo requiere.

“Eso ha sido terrible porque pues solo tres chinos son los que me ven seguido... ellos dicen que no tienen tiempo, que además ya tienen familia, que miren a ver qué hacen, entonces eso es muy duro... los medicamentos que me toca tomarme aparte de la insulina, pues son caros y a veces no los consiguen en el seguro, entonces toca comprarlos y pues yo tengo que pagarlos. Casi siempre solo una de mis chinas es la que hace todas esas vueltas, es la que está al pendiente de llevarme a los controles cada mes y de irse cada veinte días o cada mes a Tunja” E4.

Las actividades familiares cuentan además con una clara división cultural en función del género, situación que se mantiene en el proceso de enfermedad y que se extiende al papel de las hijas y nietas, describiendo cómo ayuda lo que los miembros del sexo opuesto realizan fuera de las tareas asignadas en función a esta variable.

El apoyo de los hijos sufre una modificación pues, previo al diagnóstico, se encargaban de labores de apoyo a los padres, pero con posterioridad al diagnóstico se basa en el apoyo económico y la comunicación telefónica de seguimiento de la situación. Sin embargo, podría presentarse por el momento del ciclo de vida en que se encuentra la familia, más que por el diagnóstico en sí mismo (Rodríguez & Plata, 2014).

Además, la adaptación a estas nuevas formas de apoyo no siempre es sencilla en virtud de que los hijos adultos por lo general ya cuentan con sus familias propias, obligaciones laborales, de lo cual puede determinar un distanciamiento y variación en la clase de apoyo que el adulto mayor puede esperar. En esta unidad se presenta nuevamente un diferencial en virtud del sexo biológico puesto que, cuando el paciente es el miembro masculino de la pareja, la mujer asume también la labor de apoyo a sus actividades; sin embargo, cuando la persona afectada por la diabetes es el miembro femenino de la pareja, el apoyo que recibe proviene generalmente de una hija, que asume como cuidadora principal, requiriendo atención y apoyo (Molina & Agudelo, 2006).

Finalmente, el tema económico vuelve a

CONCLUSIONES

La dinámica familiar en las cinco familias que hicieron parte del estudio de la inves-

visibilizarse en este caso, puesto que temas como las sucesiones, herencias y conflictos por tierras aparecen, complejizando el ajuste de la familia a la situación de la enfermedad y sus consecuencias.

“Quieren es que les entregue es ya el piso de abajo, quieren es que les entregue ya y no, porque fue herencia que me dejaron mis padres y quieren es que vaya coja y les reparta y quieren que yo me vaya pa’ donde porque aquí estoy, pero esto es de los hijos de mi esposo. Con mis otros hijos tengo buena relación porque yo fui la que les dio todo. Lo que pasó con mi hijo ya ni volvió ni me habla” E4.

A través de los hallazgos se encuentra que la diabetes es una enfermedad crónica, incapacitante, que puede alterar la dinámica del grupo familiar, la cual coloca a toda la familia ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad, que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que van surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema familiar. De acuerdo con la información suministrada, se puede evidenciar que en la familia los aspectos como cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles y capacidad de adaptación, son los aspectos del funcionamiento del sistema familiar que más se vieron afectados.

tigación, presentó cambios en los aspectos que conciernen a la toma de decisiones,

relaciones afectivas y roles, visto desde el antes, el durante y el después de que el adulto mayor fuera diagnosticado con diabetes, ya que todos los miembros del grupo familiar no hacen parte del proceso que requiere la enfermedad; en referencia a algunos de los hijos, la condición de que los padres sean adultos mayores infiere que sean concebidos con un menor valor significativo.

Uno de los aspectos de la dinámica familiar que sí tiene un cambio considerable son las relaciones afectivas, ya que en el paralelo que se planteaba de un antes, un durante y después del diagnóstico, los adultos mayores mencionaban que en algunos de los casos sus hijos y familiares se habían desvinculado afectivamente, lo cual ocasiona en ellos conflictos internos que alteran su estado de salud. Para otros casos, los adultos mayores aluden que después de su diagnóstico las relaciones afectivas se siguen dando como antes o incluso han mejorado, ya que tienen mayor demostración de afecto y confianza con su familia.

Se encontró que la distribución de los roles se centra en algunos de los integrantes de la familia, lo que representa mayor responsabilidad para estos, ya que deben cumplir con las obligaciones que tienen en el trabajo o en el hogar, y asumir la función de cuidadores y proveedores del adulto mayor, es decir se considera que los roles y distribución de los mismos han cambiado debido a la necesidad de adaptación a los cambios internos y externos en cuanto a la enfermedad, destacando que en las familias los cuidadores son algunos hijos, la esposa, o en ocasiones los vecinos, a quienes se les atribuye la función importante de proteger y cuidar de ellos, puesto que sus hijos se encuentran trabajando o lejos de sus padres. La toma de decisiones después del diagnóstico son delegadas a sus hijos o familiares; para los adultos mayores el hecho de que exista una comunicación abierta y fluida con sus familias es una herramienta que les permite afrontar y sobrellevar la enfermedad y las crisis en la salud que esta situación les ocasiona.

REFERENCIAS

- Agudelo Bedoya, M. E. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 153-179.
- Alcaldía Municipal de Ventaquemada, (2019). Plan de desarrollo municipal. Disponible en: <http://www.ventaquemada-boyaca.gov.co/>
- Ariza, M., & De Oliveira, O. (1997). Formación y dinámica familiar en México, Centroamérica y el Caribe. *Ibero-Amerikanisches Archiv*, 23(1/2), 27-44.
- Centro de salud ESE de Ventaquemada (2018). Registro de prestación del servicio [Fichero de datos].
- Cifuentes, J., & Yefi, Q. (2005). La familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético? *Rev. Tendencias en salud pública: salud familiar y comunitaria*.
- Departamento Nacional de Planeación (2008). Proyecciones de población proyecciones municipales 2006-2020. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/MProyeccionesMunicipalesexo.pdf

- Díaz, E. P., & Quezada, C. A. (2007). Funcionalidad familiar, conocimientos y prácticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a un club de diabéticos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 32(1), 40-43.
- ESE Centro de Salud Ventaquemada (2019). Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, municipio de Ventaquemada, Boyacá 2018. Disponible en: https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/wp-content/uploads/sites/67/2018/12/images_Documentos_Asis2018_asis_ventaquemada_2018.pdf
- Gómez, E. O., & Guardiola, V. J. V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10(1), 11-20.
- González-Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Revista Waxapa*, 3(5), 102-107.
- Jiménez-Arellanes, J. Disfunción familiar como factor desencadenante de descontrol glucémico en diabéticos tipo 2 [tesis de licenciatura]. [Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México]: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015.
- López Masó, I. D. M., & Rodríguez Hernández, H. M. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 19-23.
- López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Revista Infancia y Aprendizaje*, (26), 65-75.
- Mendizábal, O., & Pinto, B. (2006). Estructura familiar y diabetes. *Ajayú Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 4(2), 31-51.
- Meza Casadiego, L. A., & Taboada Avilez, R. T. (2017). Caracterización de diabetes en pacientes adultos del Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña N. de S, durante el periodo 2015-2016.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Minuchin, S. et al. (1967). *Families of the Slums: an exploration of their Structure and Treatment*, Nueva York, Basic Books.
- Molina, C. I., & Franco, G. M. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares: Life Quality among Family Carers. *Aquichan*, 6(1), 38-53.
- Naranjo Y. & Pacheco, J. (2016). Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. *Revista Finlay*, 6(3), 215-220.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Diabetes: Datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diabetes>
- Rodríguez, L. M. B., & Plata, G. E. Z. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 17(1), 131-148.
- Sánchez, G. D. D., Londoño, M. M. A., Lozano, N. Y., & Chavarría, E. F. V. (2015). Sobre la dinámica familiar. *Revisión documental. Cultura, Educación y Sociedad*, 6(2), 117-138.

Torres, L. A., Rivera, S. M., Mendivelso, F. O., Yomayusa, N., Cárdenas, H. M., & Hernández, C. (2019). Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Méd Sanitas*, 22(1), 1-10.

Viveros, E. & Vergara, C. (2014). Familia y dinámica familiar. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/preliminar/2014/Familia-dinamica-familiar.pdf>

Viveros, E., & Arias, L. (2006). Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal: características interaccionales. Medellín: Departamento de Publicaciones Fundación Universitaria Luis Amigó.