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

# 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 evidencia que los hijos o familiares toman sus decisiones, pero ellos están informados de estas, 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 participantes uno de los hijos debe quedarse en casa al cuidado del adulto mayor y debe asumir los roles de cuidado y responsabilidad económica con el adulto mayor. En conclusión la dinámica en la familia se ve afectada por los múltiples cuidados que requieren los adultos mayores.

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

**Abstract**

The present research aims to describe the characteristics of the family dynamics of elderly patients with type II diabetes, in the municipality of Ventaquemada Boyacá. This research is qualitative, with a hermeneutical historical approach, carried out through a case study; A semi-structured interview was applied, the participants were five older adults diagnosed with type II diabetes. The results were framed in the description of family dynamics, decision making, affective relationships and roles; It is concluded that family dynamics and the family system are significantly affected; The findings show that the children or relatives make their decisions, but they are informed of these, after the diagnosis the affective relationships have improved since they have a greater demonstration of affection and trust with their family, finally, in all the participants one of the Children must stay at home in the care of the elderly and must assume the roles of care and economic responsibility with the elderly. In conclusion, the dynamics in the family is affected by the multiple care that older adults require.

**Keywords:** Family, Roles, Family dynamics, Diabetes.

# Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) menciona, 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 aun si el integrante es un adulto mayor, el cual es propenso a tener o ser diagnosticado de otras enfermedades de acuerdo a su diagnóstico inicial y la edad.

Para el caso de una enfermedad crónica donde se relaciona varios cambios, entre ellos el diagnostico, 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 diagnosticas”. (Bernal, 2018, p. 8).

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, la conducta de cada uno 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 que practique la persona enferma condicionan 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; 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, a si 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 esta influye de manera positiva o negativa sobre el adulto con diabetes.

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, que estos encuentros se encuentran 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 pueden 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.

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 (Agudelo, 2005)

Es aquí cuando la estructura permite que la familia adopte limites, 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, movible 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, 2019) 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 las (ASIS, 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 y el diseño de estudio de caso. La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre el año de 2018 - 2019. Para la selección de la muestra se tomó como referencia la base de datos manejada por el Centro de Salud del Municipio de Ventaquemada. Se realizó un cuestionario sociodemográfico y una entrevista semiestructurada, los participantes, fueron 5 adultos mayores pacientes de diabetes (3 mujeres y 2 hombres) del Municipio de Ventaquemada, quienes participaron de forma voluntaria y firmaron un consentimiento informado. 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.

## 

## **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.

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 sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad, que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los 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 aspecto del funcionamiento del sistema familiar, que se vieron afectados.

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, es por medio de las actividades que realizan con los hijos como lo es el juego, actividades de recreación, trabajo y distracción, de acuerdo a ello se crea una relación fuerte en la familia, 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 *“Hablábamos 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 confianzacomo 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.

Pero posterior al diagnóstico los participantes mencionan que la confianza y cercanía de los hijos y de la familia, es por medio de las actividades que realizan cuando los hijos los visitan y los acompañan a sus controles médicos, de acuerdo a ello se crean 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 saber todas las situaciones que les sucede 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 muestra que están satisfechos dentro del grupo primario de apoyo, lo que mejora el estado de ánimo y aceptación a la enfermedad aunque los espacios compartidos con los hijos son mínimos, lo que 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 ellos, la cual va vinculada a las demostraciones afectivas entre la familia 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 familiares, el 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 afectuosas las cuales muestran cariño, amabilidad y amor hacia ellos, por lo que continuamente suelen preguntar sobre la situación de salud y personal lo que hace que el paciente de diabetes se siente apoyado y afectuoso y no sienten tanto 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 forma un papel fundamental de la relación. Cifuentes & 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 suponer 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.

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. C*oinciden en la cercanía con los familiares tanto en la comunicación y 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 dialogo, 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 una base primordial para expresar sus emociones, pensamientos e ideales.

En relación al afecto y su manifestación Sanitas, (2019), las relaciones afectivas son un elemento importante para el bienestar global de la persona y pueden ser determinantes de 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 esa siempre está pendiente de nosotros, sobre las cosas que pasan mis otros hijos me están llamando cada ocho días y me dicen mama 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 e compromiso y superación, es decir de manera positiva incide en adecuados hábitos saludables en distintos ámbitos.

A partir del diagnóstico los participantes difieren en la actitud que muestran sus hijos hacia ellos, en la mayoría de casos indican que su 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 se 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 que las emociones básicas que expresan y sienten los adultos mayores, *“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 que pensaban de lo que sucedía y como lo solucionaríamos”E2*. Las más representativas son el dialogo, 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.

Los momentos y espacios que se comparten reflejan buenas relaciones lo que hace sobrellevar las situaciones en algunos casos se refleja que las decisiones las toman la mujer ya que no existe la figura masculina. . “*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 diferentes contextos y en conjunto permite ser un factor protector.

En relación a la toma de decisiones sobre la enfermedad, 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 preocupasen entonces ellos hablan para ver a que clínica me llevan y como 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 donde 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, en general, 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 dedicaban a actividades económicas propias del medio rural como agricultura, ganadería, comercio de productos agrícolas, aunque algunos reportan haber trabajado en viveros o restaurantes. 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. Los hijos se convierten en el principal sostén económico de los adultos mayores, 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 sufre mayores cambios luego del surgimiento del diagnóstico, dado que las condiciones de la patología determinan una modificación importante en sus estilos de vida afectando 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*.* Esto 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 cosa 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 a partir del diagnóstico puesto que las decisiones antes tomadas por los miembros de la pareja, luego del diagnóstico 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 que 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.* Lo que 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 relación 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 2 casos se hace presente la figura del cuidador en cabeza de una hija que asume el papel del cuidado del adulto mayor. Existen también manifestaciones acerca de que se generaron cambios y la sensación de encierro en el adulto mayor con diabetes.

En los resultados 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, “*Pues igual, si no que ahora todos sufrimos pero pues igual toca seguir, siempre nos hemos apoyado y lo seguiremos haciendo, aquí consideramos que el dolor del dolor 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 de afrontamiento de la enfermedad, siendo esto importante si se tiene en cuenta que al promover nuevos estilos 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 relación a la expresión de emociones, después del diagnóstico, *“A mi 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*. El adulto mayor de este grupo de participantes, privilegia además la manifestación de su afecto hacia los nietos manifestando además 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.

En relación a las pautas de cuidado, los participantes mencionan que los hábitos y estilos de alimentación que solían consumir, lo que determino 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 frio y de no mojarme toca comer más verduras y frutas pero la verdad yo casi no dejo de comer mis papitas, arrocito, mis sopitas aunque si comemos pollo o carnecita 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 que hacen entonces eso es muy duro… los medicamentos que me toca tomarme a parte 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 como 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. Esto, 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. La adaptación a estas nuevas pautas de apoyo no siempre es sencilla en virtud de que los hijos adultos por lo general ya cuentan con sus familias propias, obligaciones laborales, lo cual puede determinar un distanciamiento y variación en el tipo 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 esgrime como cuidadora principal requiriendo atención y apoyo en virtud de lo expuesto por Molina & Agudelo (2006). El tema económico vuelve a visibilizarse en este ítem 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 fue la que les di todo. Lo que paso con mi hijo ya ni volvió ni me habla”*

## **Conclusiones**

La Dinámica familiar en las cinco familias que hicieron parte del estudio de la investigación, presento cambios en los aspectos que conciernen a comunicación, 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 si 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 los roles 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 quiénes 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 los adultos mayores es delegada 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 reconfortarse para sobre ponerse a la enfermedad y a las crisis médicas que esto 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).

Alcaldía Municipal de Ventaquemada, (2019). Presentación. Disponible en: <http://www.ventaquemada-boyaca.gov.co/>

Ariza, M. & Oliveira, O. (1999). Formación y dinámica familiar en México, Centroamérica y el Caribe. En B. Figueroa, coord., México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos. V Reunión de investigación sociodemográfica en México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía (Serie Investigación Demográfica México, vol. 4), México.

Base de Datos Centro de Salud EPS Comparta y Nueva Eps. (2018)

Bernal. D. (2018). Diabetes, amenaza de salud pública con más 422 millones de afectados. Revista Hechos y Crónicas, opinión integral. Disponible en: <https://revistahyc.com/2018/07/19/diabetes-amenaza-de-salud-publica-con-mas-422-millones-de-afectados/>

Bowlby, J. (1990). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.

Casanova Moreno, M. D. L. C., Trasancos Delgado, M., Orraca Castillo, O., Prats Alvarez, O. M., & Gómez Guerra, D. B. (2011). Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz, 2010. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, *15*(2), 145-156. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000200014&script=sci_arttext&tlng=pt>

Cifuentes, J. & Yefi, N. (2005). La familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético? Recuperado de:<http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.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. Disponible en: <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1024>

Gómez, E. & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Disponible en: <http://ojs.uac.edu.co/index.php/justicia-juris/article/viewFile/295/276>

Gonzáles-Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Revista Waxapa, 3(5), 102-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>

Gutiérrez, A. (s.f). Toma de decisiones. Recuperado de <http://cursos.aiu.edu/Toma%20de%20Decisiones/PDF/Tema%201.pdf>

Jiménez, J. (2015). Disfunción familiar como factor desencadenante de descontrol glucémico en diabéticos tipo 2. Recuperado de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Jazmin-Jimenez-Arellanes.pdf>

López Masó, Ivonne del Milagro, & Rodríguez Hernández, Heidy María. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(1), 19-23. Recuperado en 09 de noviembre de 2017, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000100004&lng=es&tlng=es>.

López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. Revista Infancia y Aprendizaje, (26), 65-75.

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.

Mendizábal, O., & Pinto, B. (2006). Estructura familiar y diabetes. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 4*(2), 31-51.

Molina, C. I. G., & Agudelo, G. M. F. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan*, (6), 4. Disponible en: <https://scholar.google.com/scholar?as_q=Calidad+de+vida+de+los+cuidadores+familiares&as_sauthors=Clara+In%C3%A9s+Giraldo+Molina%2C+Gloria+Mar%C3%ADa+Franco+Agudelo&btnG=Search+Scholar&as_occt=any&as_allsubj=all>

Naranjo Hernández, Y., & Concepción 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/fact-sheets/detail/diabetes>

Rodríguez, L. &Plata, G. (2014). La Calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9261>

Sanchez, G., Aguirre, M. & Solano, N. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. [file:///C:/Users/TOSHIBAPC/Downloads/1049-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3812-1-10-20160912.pdf](file:///C:\Users\TOSHIBAPC\Downloads\1049-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3812-1-10-20160912.pdf)

Sanitas, (2019), Las relaciones afectivas y sociales. Recuperado de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/san041827wr.html>

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: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó.

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: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó.

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