

Colegio de Nutriólogos. Querétaro. Querétaro. México

INVOLUCRAR A LA FAMILIA DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS Y/O LOS ADULTOS MAYORES: ¿APOYO U OBSTÁCULO?

*Abigail Sosa Mendoza*¹.

INTRODUCCIÓN

En el afrontamiento de las situaciones de salud-enfermedad, el rol de la familia es insustituible.¹ La familia es el espacio que contiene al enfermo, el lugar donde el niño adquiere sus primeras experiencias emocionales, el ambiente donde los seres humanos son acogidos, cuidados y nutridos. La familia también actúa como amparo y filtro para los más vulnerables (precisamente aquellos situados en los extremos de la vida) ante las influencias externas.

Ante una situación de salud-enfermedad incidente, como lo puede ser la Diabetes mellitus (DM), el apoyo vital de la familia es fundamental para el cumplimiento del plan terapéutico prescrito, y el aseguramiento del éxito terapéutico.² Es entonces inmediato que la falta de apoyo familiar (o por la misma razón, el apoyo insuficiente) limita (u obstaculiza) el tratamiento, la rehabilitación, la recuperación y la reinserción social del enfermo. Por lo tanto, la incorporación de la familia en el diseño y conducción del plan terapéutico, la colaboración e involucramiento constante, y el compromiso permanente, conducirán a la mejor comprensión por parte del paciente, y por consiguiente, la mayor aceptación del tratamiento.

La forma en que el paciente, y por extensión sus familiares, reaccionan ante la enfermedad dependerá de muchos factores, entre ellos, el tipo de familia, la cultura individual y colectiva, la educación recibida por cada miembro de la misma, la dinámica familiar, y las ideas y prejuicios preexistentes sobre la enfermedad en sí misma.³ Para el paciente, como también para los familiares, el reconocimiento de la enfermedad es fundamental como un primer paso en la implementación y gestión del plan terapéutico. En este punto, los padres deben ser los primeros que tienen que aceptar primero y asimilar después la noticia de la enfermedad incidente.

También se han identificado factores que modifican la intensidad del impacto que supone el diagnóstico de una enfermedad incidente. Así, se pueden citar la actitud de la persona que padece DM, las características individuales de esta persona, la cercanía (o lejanía) afectiva de los familiares (e integrantes de la familia) con la persona recién diagnosticada con DM, y el grado de compromiso que se haya adquirido en el desarrollo de esta relación familiar.

Una actitud negativa de tanto el paciente como los familiares ante la enfermedad incidente es solamente perjudicial para todos. No se logra el proceso requerido por todos de aceptación y adaptabilidad ante la enfermedad incidente, no se asegura el cumplimiento del plan terapéutico, y (como consecuencia), empeora el curso de la enfermedad y aparecen las complicaciones. Los roles negativos de familiares, padres y/o cuidadores ante el afrontamiento de la enfermedad incidente también conduce al surgimiento de sentimientos y actitudes de sobreprotección,

¹ Licenciada en Psicología.

dependencia y manipulación. En los casos extremos, la adaptación reactiva inadecuada de los familiares ante la enfermedad incidente (por miedo, negación y/o desconocimiento) puede manifestarse en el abandono del enfermo, o en la falla en cumplir sus roles como soportes y guías en el proceso terapéutico.

El envejecimiento demográfico plantea otros retos para las familias, el más formidable el cuidado del adulto mayor.⁴ El envejecimiento coloca a la persona en una situación de gran vulnerabilidad, debido a las limitaciones físicas, la reducción de la actividad física, la fragilidad, la carga de comorbilidades, y las afectaciones (que pueden evolucionar hacia la deprivación) sensorial. La aparición de trastornos de la esfera cognitiva (como pueden ser el deterioro cognitivo y la demencia), de la esfera afectiva (como la depresión) y del sueño y la vigilia (como el insomnio) también afectan la capacidad del adulto mayor para valerse por sí mismo, y por lo tanto, se convierten en causales para la asistencia externa. Encima de todo lo anterior, se suelen superponer las limitaciones económicas del adulto mayor y los familiares, el abandono social, la distribución desigual de la riqueza, y el pobre acceso a cuidados médicos generales y especializados. Todo lo dicho exige un apoyo importante del grupo familiar en la identificación y paliación de las vulnerabilidades y limitaciones del adulto mayor, la rehabilitación y asistencia en el autocuidado y el automonitoreo, y la toma de decisiones correctas sobre eventos tanto cotidianos como trascendentales, y la ejecución de las acciones adecuadas.⁵⁻⁶

CONCLUSIONES

Al igual que el paciente, los miembros de la familia necesitan educación, acompañamiento y contención. Es entonces especialmente importante que todos los miembros de la familia que conviven con el paciente entiendan (y comprendan) las demandas que implican el cuidado de la enfermedad emergente (como la Diabetes), y sean educados y entrenados en las acciones terapéuticas que ello conlleva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal Child Health J* 2012;16:297-305.
2. de Lima Santos A, Silva Marcon S. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. *Investigación Educación Enfermería* 2014;32:260-9.
3. Anderson BJ. Family conflict and diabetes management in youth: Clinical lessons from child development and diabetes research. *Diabetes Spectrum* 2004;17:22-6.
4. Caldas CP. Aging with dependence: family needs and responsibilities. *Cadernos Saude Pública* 2003;19:773-81.
5. Cantor MH. Family and community: Changing roles in an aging society. *Gerontologist* 1991;31:337-46.
6. Silverstein M, Giarrusso R. Aging and family life: A decade review. *J Marriage Family* 2010;72:1039-58.