



## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2**

Miriam Carolina-Velasco Fuentes<sup>1</sup>, Patricia-Balcázar Nava<sup>2</sup>, Rocío- Fuentes Ruíz<sup>3</sup>

1. Licenciada en Psicología y en Nutrición, Maestrante en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.
2. Doctora en Investigación en Psicología, Docente- Investigador, Universidad Autónoma del Estado de México.
3. Doctora en Ciencias de la Educación, Docente – Investigador, Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México.

[caritohdvelasco@gmail.com](mailto:caritohdvelasco@gmail.com)

Diabetes mellitus tipo 2. Funcionamiento familiar. Estilo de vida.  
Type 2 Diabetes. family functioning. Life Style.

### **RESUMEN**

La diabetes mellitus 2 (DM2) se ha constituido como un reto en salud, su prevalencia es significativa y su incidencia aumenta con rapidez; en parte debido a que la génesis de la enfermedad radica en el estilo de vida inadecuado. De acuerdo con la literatura, en el tratamiento de la DM2, es importante el control farmacológico así como los cambios sustanciales en estilo de vida y en esta situación, la familia juega un papel preponderante como pilar en el autocuidado. El apoyo familiar repercute en la forma como las personas aceptan la enfermedad y se adaptan a ella, y viceversa; la experiencia del padecimiento se extiende a la red social más cercana: la familia. No se sabe aún cuáles aspectos del tratamiento son los más beneficiados con el funcionamiento familiar, no obstante, hay una relación entre el cuidado que el enfermo tiene de sí y los aspectos familiares. En esta investigación, el objetivo fue identificar la relación entre las escalas del Cuestionario IMEVID para medir estilo de vida en diabéticos y la Escala de Evaluación Familiar basada en el Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master en una muestra de 50 participantes diagnosticados con DM2, con más de un año de evolución de la enfermedad, atendidos en diferentes Instituciones Sanitarias de la Ciudad de Toluca, México. Los resultados indican relaciones estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar y las escalas del IMEVID.

### **ABSTRACT**

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) has become a challenge in health, its prevalence is significant and the incidence increases rapidly; partly because the genesis of the disease is in the inappropriate lifestyle. According to the literature, in the treatment of diabetes type 2, it is important pharmacological control and substantial changes in lifestyle and in this situation; the family plays a major role as a pillar in the self-care. Family support affects how people accept the illness and adapt to it, and vice versa; the illness experience extends to the nearest social network: family. It is not known yet which aspects of treatment are the beneficiaries of family functioning, however, there is a relationship between the care that the patient has of himself and family issues. In this research, the objective was to identify the relationship between the scales of the questionnaire IMEVID to measure lifestyle in diabetics and the Family Assessment Scale based on McMaster Family Functioning Model in a sample of 50 participants diagnosed with type 2 diabetes with more than a year of evolution of the disease, treated at different Health Institutions of the City of Toluca, Mexico. The results indicate statistically significant relationships between family functioning and IMEVID scales.

# **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

## **2**

### **I. INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico sistémico que afecta al 9.1% de la población mexicana y cuya prevalencia ha aumentado en 59.6% del 2000 al 2012 <sup>[1]</sup>, lo que corresponde a un total de 6.4 millones de mexicanos con dicho padecimiento, pero a pesar de saberse enfermos, sólo el 25% de los mismos tienen un control metabólico adecuado <sup>[1]</sup>.

Para que las personas con esta enfermedad logren dicho control y puedan prevenir complicaciones, es necesario se adhieran al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico y en este tenor, la familia juega un papel preponderante como pilar en el autocuidado <sup>[2, 3, 4]</sup>, ya que la experiencia del padecimiento se propaga a sus redes sociales: la comunidad, el trabajo, las amistades y en especial a la familia.

Si bien, quien debe realizar los cambios prescritos es el paciente, la familia es el entorno próximo donde la persona se desenvuelve, por lo que se consolida como una red de apoyo para realizar las múltiples modificaciones en el estilo de vida; que van desde la adopción de un régimen dietético, la realización de actividad física, la toma de medicamentos o la administración de insulina según un horario y cantidad especificados, hasta la toma de decisiones informadas basadas en conocimientos sobre el padecimiento<sup>[1]</sup> y en general, en la forma de atender a la persona con la enfermedad, en especial a los pacientes con mayor edad y/o menor nivel educativo.

Diversos estudios de diferentes cortes metodológicos han confirmado que el apoyo familiar que recibe el paciente, se asocia significativamente con el control metabólico <sup>[2, 4, 5]</sup>, ya que de acuerdo a estimaciones <sup>[3]</sup> el apoyo familiar es un fuerte factor protector ante glucemias superiores a 140 mg/dl (RM = 3.9; IC95%).

Los estudios anteriormente indicados corroboran que un modelo exclusivamente biológico no logra abordar completamente el proceso de salud-enfermedad, sino que es necesario trabajar desde un enfoque ecológico para ahondar en los factores sociales y psicológicos que afectan el desarrollo del padecimiento, muchos de los cuales se generan en la propia familia y repercuten de una u otra forma en la salud del individuo <sup>[4]</sup>, ya que ambos actores (familia y paciente) comparten la experiencia de padecer la enfermedad, aunque desde perspectivas diferentes; uno viviéndola y otro ejerciendo el rol de cuidador <sup>[2]</sup>, pero ambos en interrelación.

Como es bien sabido, la familia es un ente social en cuyo núcleo se desarrollan las personas, por lo cual constituye una estructura que contiene al ser con todo lo que a éste circunda. Si bien es muy común hablar de las familias, es necesario entenderlas con base a la funcionalidad de sus interacciones; ya que el conocer la dinámica familiar permitirá comprender la individualidad de sus miembros, al igual que su devenir como unidad.

La funcionalidad se refiere al grado en que se presentan o no, ciertas características que le permiten a la familia mantener la naturaleza del sistema <sup>[6]</sup>, satisfaciendo las necesidades de sus integrantes en todos los niveles, al mismo tiempo que promueve la autorrealización de cada uno de sus miembros y los forma para la vida en sociedad

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

### **2**

La funcionalidad familiar no debe ser considerada como algo fijo o estable, sino que puede cambiar a lo largo del tiempo para adaptarse a las circunstancias de sus miembros<sup>[6]</sup>. Además, para evaluarla es necesario observar que las interacciones no guardan una relación causal tangible, sino lo que es causa puede pasar a ser efecto y viceversa<sup>[Grzona, 2008,6]</sup>.

Para Epstein, Baldwi y Bishop <sup>[6]</sup>, creadores del Modelo de Evaluación Familiar de McMaster, toda familia funciona, sólo que pueden hacerlo de un modo óptimo, medio y hay otras que presentan severos trastornos en su funcionamiento.

Para poder identificar el grado de funcionalidad, dichos autores retoman seis dimensiones a partir de las cuales se desprende el modo de actuar de la familia:

- Solución de problemas
- Comunicación
- Roles
- Respuesta afectiva
- Compromiso afectivo
- Control conductual

Estas dimensiones poseen diferente grado de funcionalidad por sí mismas y en conjunto generan respuestas ante el entorno, las cuales no siempre son adecuadas, es decir la familia puede responder en crisis o en disfunción.

Cabe destacar que este Modelo no evalúa todos los aspectos del funcionamiento familiar, sino que explora aquellas dimensiones con mayor impacto en la salud física, psíquica y emocional en los miembros de la familia <sup>[6]</sup>.

Como se ha mencionado, el adecuado funcionamiento familiar permite a sus miembros satisfacer sus necesidades, y en el aspecto fisiológico, la "salud de la familia" contribuye a la salud o a la enfermedad de sus miembros; Mediante el desempeño de sus tareas básicas, la familia relaciona, por ejemplo, con la presencia o control de una patología crónica en uno o varios de sus integrantes <sup>[7]</sup>, ya que comparten factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.) resultantes de la interacción familiar <sup>[8]</sup>.

Es por ello, que la familia es un importante factor a considerar en el momento de la planeación terapéutica y la consecución de los objetivos en el tratamiento por parte del paciente, pero no se ha observado con qué elementos del tratamiento correlaciona en mayor grado la funcionalidad familiar.

Por ello, este trabajo se enfocó en identificar si hay relación entre el estilo de vida y el funcionamiento familiar en personas con DM2, desde la consideración de que los ambientes en los que interactúan las personas están interrelacionados, por lo que la hipótesis inicial de este trabajo es que el grado de funcionalidad tiene impacto en los demás entornos <sup>[9]</sup>, y en este caso, en el estilo de vida de la persona con DM2.

## **II. MÉTODO**

### **Objetivo general**

Identificar la relación entre las escalas del Cuestionario IMEVID para medir estilo de vida en diabéticos y la Escala de Evaluación Familiar basada en el Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master, en personas con DM2.

### **Participantes**

La investigación se realizó con 50 participantes (hombres y mujeres) diagnosticados con DM2, que al momento contaban con más de un año de evolución de la enfermedad, atendidos en diferentes Instituciones Sanitarias Públicas de la Ciudad de Toluca, México.

### **Procedimiento**

La investigación se realizó de la siguiente manera:

Se identificaron los pacientes con DM2, mediante un sondeo informal en diferentes Instituciones que ofrecen servicios sanitarios: DIF, ISSEMYM y Seguro Popular, al inicio de la entrevista se les informó a los pacientes el propósito del estudio y se obtuvo su participación voluntaria.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos tanto para la evaluación del funcionamiento familiar, como para el abordaje del estilo de vida de acuerdo a la enfermedad.

### **Técnica de recolección de datos**

Se aplicó la Escala de Evaluación Familiar basada en el Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master [Epstein, 1983,9], que sirvió para determinar la funcionalidad familiar general de acuerdo a la percepción del paciente, en base al grado de funcionalidad apreciado en cada una de las seis áreas del instrumento [9]:

- Solución de problemas: considera la destreza de la familia para lograr la resolución de los conflictos en una forma que salvaguarde su funcionamiento.
- Comunicación: se refiere al intercambio de información en la familia.
- Roles: esta dimensión analiza los patrones de conducta, a través de los cuales la familia designa las funciones familiares a cada uno de sus integrantes.
- Repuesta afectiva: este apartado valora tanto en cantidad como en calidad, en interés que muestra la familia en las actividades de cada miembro.
- Compromiso afectivo: hace alusión a la habilidad para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad.

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

### **2**

- Control conductual: son los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes en situaciones de peligro, sociabilización y afrontamiento de necesidades instintivas, psicológicas y biológicas.

El modo de contestar alude a que tan de acuerdo está la persona con la afirmación mencionada, por lo que existen 4 posibles respuestas que van desde "En desacuerdo", hasta "Totalmente de acuerdo".

Además de la puntuación individual de cada escala, se puede obtener un puntaje global del funcionamiento, considerando a las familias funcionales como aquellas con puntaje entre 1 y 1.9, medianamente funcionales de 2.1 a 2.5, medianamente disfuncionales de 2.5 a 3 y disfuncionales de 3.1 a 3.9.

Para explorar el estilo de vida de los pacientes, se aplicó el Instrumento IMEVID (Instrumento para Medir Estilo de Vida en Diabéticos), que examina siete dominios <sup>[10]</sup>:

- Nutrición.
- Actividad física.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Información sobre diabetes.
- Emociones.
- Adherencia terapéutica.

En rubros que sondean la frecuencia con la que se realizan ciertas conductas, desde "Todos los días" hasta "Casi nunca".

Para fines de la investigación se clasificó el estilo de vida actual del paciente en base al puntaje obtenido; el cual se dividió en cuartos para analizar en qué grado las conductas realizadas se adecuan a las medidas terapéuticas.

Así se clasificó el estilo de vida respecto al tratamiento en inadecuado (0-25 puntos), medianamente inadecuado (26-49 puntos), medianamente adecuado (50-74 puntos) y adecuado (75-100 puntos).

Es importante puntualizar que ante la poca factibilidad de la observación directa de los pacientes como método de exploración del estilo de vida, el IMEVID permite conocer los patrones de conducta asumidos por los pacientes, sin la necesidad de ser intrusivos en la vida diaria del mismo.

Ambos cuestionarios son de auto-aplicación, con reactivos tipo Likert, y un tiempo de contestación de 10 minutos cada uno, los cuales retoman la percepción de la persona respecto a su dinámica familiar y a su tratamiento no farmacológico.

## **II. RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

Se trabajó con una muestra de 50 participantes con diagnóstico previo de DM2; 30 hombres y 20 mujeres, con una media de edad de 56.1 años (Rango= 41 a 70) para los hombres, y para las mujeres una media de edad de 43.5 años (Rango= 68 a 36).

El promedio de evolución de la enfermedad en los participantes es de 5.04 años (D.E.= 3.9), entre los cuales el 28% presenta complicaciones propias del padecimiento. Los sujetos son atendidos en diversas instituciones sanitarias del Valle de Toluca, México.

### **Procesamiento de la información**

Los datos obtenidos se analizaron mediante estadísticas de tendencia central (frecuencias y valor porcentual), para explorar la asociación ambas escalas se utilizó la correlación de Pearson.

Para asociar el estilo de vida con las sub escalas del funcionamiento familiar se aplicó una correlación de Spearman, así como T de student para comparar los resultados de las escalas entre sexos y grupos de edad, considerándose diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de  $P \leq .05$ .

Es importante mencionar que para el Instrumento de Funcionamiento Familiar, las dimensiones analizadas se interpretaron de acuerdo al sentido positivo o negativo de los ítems, lo cual impacta en el valor de la correlación.

### **Resultados obtenidos**

Los resultados de la relación entre el estilo de vida en personas con diabetes y su funcionamiento familiar se describen a continuación:

Se encontró correlación estadísticamente significativa, baja –positiva, entre la subescala de Manejo de las emociones en los pacientes y la del Nivel de compromiso afectivo por parte de la familia ( $r=.291$ ,  $p=.040$ ).

La puntuación global del estilo de vida correlacionó de forma positiva, con el área de Resolución de problemas ( $r=.284$ ,  $p=.046$ ,).

Otras correlaciones importantes, aunque no estadísticamente significativas, son entre la de Respuesta afectiva y la de Práctica de ejercicio ( $r=.269$ ,  $p= .059$ ), y entre la de Compromiso afectivo y la de Estilo de vida ( $r=.258$ ,  $p=.071$ ).

Además de las correlaciones necesarias para cubrir el objetivo del estudio y con el fin de enriquecer los resultados obtenidos, se analizaron las diferencias presentes en el Estilo de vida y en el Funcionamiento familiar entre sexos y grupos etarios.

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

### **2**

En cuanto a las diferencias entre sexos, los factores del estilo de vida se mantuvieron similares en ambas categorías, exceptuando el de Consumo de tabaco, donde con valores de  $t=2.187$  y  $p=.000$ , se observó que sí existe diferencia estadísticamente significativa, ya que los hombres reportan mayor consumo de tabaco, a pesar de las indicaciones terapéuticas.

Finalmente, respecto a los grupos etarios no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

#### **IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos constatan la relevancia de la dinámica familiar en la adherencia terapéutica de las personas con DM2, ya que la manera en que la familia responde afectivamente a las necesidades del paciente, contribuye a un mejor manejo de las emociones por parte del mismo, esto permite un mayor control anímico y por ende disminución de episodios de ansiedad, irritabilidad y/o depresión que se ven exacerbados por un control deficiente de la enfermedad.

Del mismo, como lo constatan diversos autores, existe una estrecha correlación entre el grado de funcionamiento familiar y el control metabólico del paciente [7, 4, 8, 2, 5, 3].

En contraste, en algunos estudios se ha encontrado que a pesar de haber una funcionalidad familiar adecuada, el índice de no control glicémico es alto [11], y que no correlaciona con la dinámica familiar, ya que mayor grado de funcionalidad, existe mayor descontrol metabólico (83.3%), mientras que en familias de funcionalidad moderada y severa, la tasa de descontrol se situó alrededor del 50% [Morales, 2001, 8].

En contraste, los resultados de este estudio exponen que el interés que la familia muestra en las actividades del miembro con DM2, permite que éste se adhiera más al tratamiento; por ejemplo la persona realiza cotidianamente ejercicio y aumenta la cantidad de actividad física que efectúa como medida terapéutica, en respuesta a la empatía familiar percibida. La necesidad emocional que cubre la familia favorece la adherencia al tratamiento y en conjunto, con otros aspectos, promueve el control metabólico.

En general, tanto la respuesta como el compromiso afectivo de la familia repercuten en el grado de adecuación del estilo de vida del paciente, ya que entre más comprendido y valorado se sienta, podrá realizar mejor las adecuaciones propias del tratamiento para su enfermedad, y viceversa, una persona que no percibe una respuesta emocional familiar acorde a sus necesidades, es más propensa a no seguir las indicaciones y por ende, ser más susceptible a complicaciones agudas y crónicas.

Esta misma situación, sucede en personas con Diabetes tipo 1, en la cual una relación favorable entre el paciente y su familia, así como confianza, apoyo y cuidados, favorecen el manejo de la enfermedad [12], si bien las características de ambos padecimientos son diferentes, los cuidados son similares y por ende, sus necesidades también.

En cuanto a las diferencias entre sexos, el hábito tabáquico mostró una prevalencia mayor entre los hombres, lo cual corresponde a lo observado en la última Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte Tabaco aplicada en población mexicana, donde el 34.6% de los varones adultos son fumadores

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

### **2**

habituales, en comparación del 13.5% de las mujeres de la misma edad <sup>[13]</sup>. Esta diferencia podría relacionarse con patrones culturales y de género propios de la sociedad mexicana, que prevalecen a pesar de las indicaciones terapéuticas para el adecuado manejo de la DM2.

Dicha situación relacionada al no consumo de tabaco, pone de manifiesto la dificultad que guarda la consecución del tratamiento, ya que el dejar de fumar al igual que otras indicaciones, constituye una problemática real para las familias. Esto se debe a que el tratamiento implica una modificación al estilo de vida del paciente y de la familia, que ha de adaptarse para apoyar al paciente, por tanto y de forma global las adecuaciones al estilo de vida surgen ante una mejor capacidad familiar para resolver problemas.

En contraparte, cuando las familias enfrentan circunstancias que les son difíciles de resolver, pueden presentar síntomas como aislamiento, abandono, ira, miedo, conflicto de roles y límites, al igual que presencia del síndrome de cuidador en alguno(s) de los integrantes y problemas económicos que repercuten directamente en la estabilidad biopsicosocial de la pareja y de toda la familia<sup>[14]</sup>.

Es decir, la condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés sostenido que impactan tanto en el funcionamiento familiar, como en la evolución de la enfermedad <sup>[14]</sup>, poniendo en peligro la integridad del paciente y de la familia completa.

Si bien, este trabajo hace alusión a la persona con DM2, la familia también puede considerarse como un ente en necesidad de apoyo terapéutico con dos finalidades: primeramente lograr entender la enfermedad de su miembro y asumirla como un hecho inexorable que debe afrontar como unidad, y segundo, para poder salvaguardar la integridad de sus interacciones a pesar de la crisis que la enfermedad podría representar.

Ante este panorama, es necesario incluir a la familia en el tratamiento de la DM2, no sólo porque conlleva beneficios para el paciente, sino porque el impacto del diagnóstico produce alteraciones sistémicas que requieren de una adaptación de todos los miembros para que la familia pueda seguir funcionando adecuadamente <sup>[6]</sup>. Y en el contexto específico de la enfermedad, para aumentar la competencia familiar en temas de salud, a través de la integración de todos los miembros en la orientación sobre la DM2 <sup>[15]</sup>, los factores de riesgo compartidos, así como su control y prevención.

Lo anterior concuerda con los resultados obtenidos en otras investigaciones, que ponen de manifiesto el papel de la familia como una red de apoyo fundamental para las personas con DM2, y por ende como un factor protector ante glucemias elevadas y complicaciones resultantes <sup>[8, 2, 5, 3, 16, 17, 7, 18, 19, 4, 15]</sup>.

Es importante recalcar que al sólo haber entrevistado a los pacientes, los resultados obtenidos en este estudio corresponden a la percepción de la persona con la enfermedad, lo cual no necesariamente corresponde a la realidad sentida por la familia en su totalidad.

En específico, el paciente debe percibir que su familia es competente en las dimensiones de compromiso y respuesta afectiva para poder brindarle apoyo en la realización de los cambios prescritos y sostén emocional acorde a sus necesidades.



## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

### **2**

Igualmente, la familia debe tener un puntaje funcional en la resolución de problemas para poder flexibilizar las interacciones con el fin de adoptar un estilo de vida acorde a los nuevos requerimientos del paciente, sin dejar de lado lo deseado por los demás miembros.

El que la familia se integre en el tratamiento de la enfermedad le permitirá contribuir de una mejor manera a la salud de la persona con DM2, además de que esta capacitación puede ayudar a disminuir la tensión creada por la falta de información, evitar que un miembro se convierta en el cuidador formal a través de la educación del paciente, y minimizar la carga emocional que la enfermedad representa.

De igual forma, el que la familia se involucre permite disipar las dudas y las etiquetas peyorativas que acompañan al paciente y a la enfermedad. Y en caso de crisis, la familia estará más cerca de un cuerpo de profesionistas que podrá apoyarla a identificar y resolver los conflictos que surgen al interior de la misma a causa del padecimiento.

Es así que velar por la integridad familiar es una forma de cuidar al paciente con DM2; a través de asegurar un entorno saludable que le permita controlar su enfermedad, y viceversa, educar al paciente para que sea capaz de autogestionar su enfermedad, apoya a la familia en el mantenimiento de interacciones funcionales.

En general el tratamiento para una enfermedad crónica se basa en la prevención de complicaciones, pero desde esta perspectiva, los esfuerzos estarían encaminados a cuidar al paciente desde el núcleo familiar, no sólo evitando complicaciones, sino garantizándole calidad de vida en familia.

Como conclusión, cabe puntualizar que la familia es un ente protector de sus miembros y su funcionamiento, tanto en lo particular como lo general, constituye una red de soporte social, económico y sobre todo emocional para quienes la integran.

Cuando uno de los miembros vive una situación especial, como lo es la DM2, la respuesta familiar repercutirá directamente en el apoyo y el afecto percibido por el paciente; ya que la familia al mostrarse flexible para poder afrontar y resolver los retos planteados por la enfermedad, da muestra del compromiso que tiene con la persona y en conjunto, trabajando codo a codo, paciente y familia logran transitar avante por el largo camino de la diabetes.

## **V. REFERENCIAS**

1. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México: SSA; 2012.
2. Tejada, L., Grimaldo, B. y Maldonado, O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Revista Salud Pública y Nutrición. 2006; 7.
3. Rodríguez, M. y Guerrero, J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública de México. 1997; 39: 44-47.

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

**2**

4. Méndez, D., Gómez, V., García, M., Pérez, J. y Navarrete, A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Médica IMSS*.2004; 42.
5. Azzollini, S., Bail, V. y Vidal, V. Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de Investigaciones UBA*: 2011; 7.
6. Bottaro, J. El funcionamiento familiar y la psicoeducación en el curso de la esquizofrenia. [Tesina de licenciatura]. Argentina Universidad del Aconcagua; 2009.
7. McDaniel, S., Campell, T. y Saburn, D. *Orientación Familiar en Atención Primaria*. Barcelona: Editorial Springer- Verlag Ibérica; 1998.
8. Concha, M. y Rodríguez, C. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*: 2010; 19: 41-50.
9. González, C. y González, S. Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*: 2008; 6.
10. López, J., Ariza, C., Rodríguez, J. y Munguía, C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*: 2003; 45: 259-267.
11. Jiménez, A, Gómez, V. y Alanís, G. Función familiar: Control de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición*: 2005; 8.
12. Martínez, B. y Torres, L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*: 2007; 17: 229-240.
13. Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte Tabaco. México: INSP; 2012.
14. Fernández, M. El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*: 2004; 47.
15. Quiroz, J. Castañeda, R., Ocampo, P., Pérez, P. y Martínez, M. Diabetes tipo 2. Salud-competencia de las familias. *Revista Médica IMSS*: 2002; 40.
16. Valadez, I., Aldrete, M. y Alfaro, N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. *Revista Salud Pública México*: 1993; 35:464-470.
17. Florenzano, R *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1995.
18. Hidalgo, C. y Carrasco, E. *Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999.
19. Yurss, I. Atención a la familia: Otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria.