

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE ENFERMEDAD Y LA ETAPA  
DEL CICLO VITAL FAMILIAR”**

**Por**

**DRA. INDIRA MARIA VELÁSQUEZ VELÁSQUEZ**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**


**DICIEMBRE, 2025**

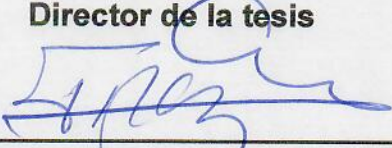



UANL

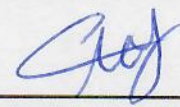
**“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE ENFERMEDAD Y LA ETAPA  
DEL CICLO VITAL FAMILIAR”**

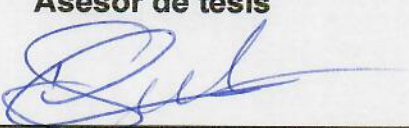
**Aprobación de la tesis:**

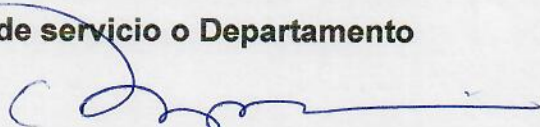
  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Iracema Sierra Ayala**  
**Director de la tesis**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. José Manuel Ramírez Aranda**  
**Co-director de tesis**

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Iracema Sierra Ayala**  
**Coordinadora de enseñanza**

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Lytzalaura Chávez Quezada**  
**Asesor de tesis**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera**  
**Jefe de servicio o Departamento**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de estudios de posgrado**





UANL

**“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE ENFERMEDAD Y LA ETAPA  
DEL CICLO VITAL FAMILIAR”**

Este trabajo fue realizado en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en el Departamento de Medicina Familiar, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la dirección de la Dra. Iracema Sierra Ayala y la Codirección del Dr. José Manuel Ramírez Aranda.

---

**Dra. Iracema Sierra Ayala**  
**Director de la tesis**

---

**Dr. José Manuel Ramírez Aranda**  
**Co-director de tesis**

## **AGRADECIMIENTOS**

Con profunda humildad y sincero respeto, dedico estas palabras a quienes hicieron posible la culminación de este proyecto profesional y personal.

A Dios, por ser la fuente inagotable de fortaleza, guía y salud, permitiéndome despertar cada día con la capacidad y la voluntad necesarias para alcanzar esta meta.

A mis amados padres, Gladimir Velásquez y Aníbal Velásquez; a mi tía Olga; y a toda mi familia, por su amor incondicional, su apoyo inquebrantable y sus incontables sacrificios. Ustedes han sido mi pilar emocional y moral, la motivación constante detrás de cada esfuerzo, recordándome siempre el valor de la perseverancia.

Mi más sincero agradecimiento a mi mejor amigo, Rodolfo Pezoa, y a su familia. Su apoyo incondicional, su amistad leal y su ánimo constante fueron un sostén fundamental en los momentos de mayor desafío, haciendo que la carga fuera más ligera y el camino más llevadero. De igual manera, a la familia Hernández Medrano por su acogimiento y buen trato.

A Diego, mi amigo y compañero desde el pregrado, quien alegró mis días y compartió conmigo costumbres y aprendizajes; y a mis amigos de la residencia, quienes se han convertido en una fuente invaluable de confianza e inspiración.

Al Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario y a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), por brindarme una formación de excelencia y los recursos académicos indispensables que han moldeado mi desarrollo profesional.

Al Dr. Raúl F. Gutiérrez, por su calidez humana, liderazgo, visión y por fomentar un entorno de aprendizaje riguroso y humano. A la Dra. Iracema Sierra, por su confianza y comprensión en cada momento. Al Dr. José Manuel Ramírez y a todos los docentes que participaron en mi formación como médica familiar y en la elaboración de esta tesis, gracias por su guía y dedicación.

A todos, mi eterna gratitud por acompañarme y ayudarme a alcanzar este significativo objetivo



## **DEDICATORIA**

A Dios, por iluminar mi camino y concederme la salud y la perseverancia necesaria, a mis padres quienes me enseñaron con su ejemplo el valor del trabajo duro, la honestidad y el servicio. Esta tesis es el fruto de sus sacrificios y de la fe inquebrantable que siempre depositaron en mí y a mis futuros pacientes, con la esperanza de que el conocimiento adquirido sirva para ofrecer una atención integral y con calidad humana.

## **TABLA DE CONTENIDO**

Capítulo I	
1. RESUMEN .....	11
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN .....	13
Capítulo III	
3. JUSTIFICACIÓN .....	18
Capítulo IV	
4. HIPÓTESIS .....	19
Capítulo V	
5. OBJETIVOS .....	20
Capítulo VI	
6. MATERIALES Y MÉTODOS .....	21
Capítulo VII	
7. RESULTADOS .....	30
Capítulo VIII	
8. DISCUSIÓN .....	34
Capítulo IX	
9. CONCLUSIONES .....	37
Capítulo X	



10. TABLAS .....	38
Capítulo XI	
11. FIGURAS.....	42
Capítulo XII	
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
Capítulo XIII	
13. ANEXOS .....	50
Capítulo XIV	
14. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>página</b>
Características sociodemográficas y clínicas .....	38
Descripción del ciclo vital familiar de la población estudiada .....	40
Puntajes descriptivos de los ítems y del puntaje total de la escala BIPQ .....	41



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
Tamaño de la muestra para población finita .....	22
Distribución del puntaje total del BIPQ según el ciclo vital familiar .....	41
Asociación entre diagnóstico médico y el puntaje total del BIPQ.....	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire-Revised

B-IPQ: Brief Illness Perception Questionnaire

CVF: ciclo vital familiar

Med: mediana

RIQ: Rango intercuartilar



## CAPÍTULO I

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la asociación entre la percepción de la enfermedad y la etapa del ciclo vital familiar en pacientes adultos atendidos en una consulta de Medicina Familiar, así como explorar la relación con variables sociodemográficas y diagnósticos médicos.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, analítico y transversal realizado entre octubre y diciembre de 2025 en la consulta 1 de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Se incluyeron 373 pacientes mayores de 18 años. La percepción de la enfermedad se evaluó mediante el Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) en español. Se analizaron variables sociodemográficas, diagnóstico médico y ciclo vital familiar. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, chi cuadrado, U de Mann-Whitney, ANOVA, Spearman y Pearson, considerando  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 46 años (RIQ 31–58). La única variable sociodemográfica con diferencia significativa entre sexos fue la ocupación ( $p < 0.001$ ). Los puntajes más altos del B-IPQ correspondieron a impacto en la vida diaria y preocupación (mediana 8) y afectación emocional (mediana 7). Las mujeres reportaron mayor percepción de amenaza en los ítems 1, 5 y 8 ( $p = 0.01$ ,  $0.02$  y  $0.003$ , respectivamente). El puntaje total del B-IPQ mostró tendencia a ser mayor en mujeres (48.9 vs. 46.23;  $p = 0.052$ ). Las comorbilidades ( $p = 0.005$ ) y el mayor tiempo de evolución de la enfermedad ( $p = 0.003$ ) se asociaron con una percepción más negativa. No se encontró asociación significativa entre la percepción total de la enfermedad y la etapa del ciclo vital familiar.

**Conclusión:** La percepción de la enfermedad en esta población se relaciona principalmente con comorbilidades, tiempo de evolución y algunos aspectos sociodemográficos, como la ocupación y el sexo. Aunque el ciclo vital familiar constituye un marco teórico relevante en el afrontamiento de enfermedades

crónicas, en este estudio no se observó una asociación significativa con la percepción reportada por los pacientes. Estos resultados refuerzan la importancia de integrar evaluaciones psicoeducativas y un enfoque biopsicosocial en la práctica de Medicina Familiar.



## CAPÍTULO II

### INTRODUCCIÓN

La percepción que los pacientes tienen sobre su enfermedad constituye un componente fundamental en la práctica médica contemporánea, ya que influye de manera directa en la adherencia al tratamiento, la calidad de la relación médico-paciente y los desenlaces clínicos. Además, comprender cómo los individuos interpretan, experimentan y gestionan su condición de salud permite a los profesionales sanitarios diseñar estrategias terapéuticas más efectivas, personalizadas y centradas en el paciente (1).

Desde una perspectiva familiar, la etapa del ciclo vital en la que se encuentra el paciente puede influir significativamente en la manera en que percibe y enfrenta su enfermedad. Este ciclo comprende una serie de etapas previsibles por las que transitan las familias, como la formación de la pareja, crianza de los hijos, nido vacío y envejecimiento, cada una con tareas específicas y retos adaptativos. Y estas transiciones afectan la estructura, las funciones y la dinámica del sistema familiar, lo que puede modificar la manera en que un individuo interpreta el impacto, duración, control o gravedad de su enfermedad (2).

Cuando una enfermedad crónica irrumpe en una etapa particular del ciclo familiar, puede interferir con las tareas normativas esperadas, generando tensiones y necesidades particulares en el afrontamiento individual y colectivo. Rolland (1987) (3) propuso un modelo integrador que articula el curso de la enfermedad con el ciclo vital familiar y destaca cómo las condiciones crónicas afectan la reorganización de roles, expectativas y estilos de afrontamiento dentro del sistema familiar. Esta interacción entre percepción individual y dinámica familiar ha sido recientemente retomada en investigaciones aplicadas con instrumentos validados como el B-IPQ, mostrando que el perfil perceptual del paciente varía en función de sus contextos relacionales y socioculturales (Anexo



1). Por ejemplo, un estudio realizado en población filipino-estadounidense con hipertensión encontró que los pacientes con percepciones más amenazantes (emocionales) sobre su enfermedad mostraban peor control tensional, mientras que aquellos con percepciones más cognitivas (comprensión, control) se asociaban a mejores desenlaces clínicos (4).

El ciclo vital familiar es un marco fundamental para comprender el manejo de enfermedades, ya que la dinámica y los recursos familiares varían significativamente según la etapa en la que se encuentre la familia (2). El modelo teórico propuesto por McGoldrick describe el ciclo vital familiar como una secuencia de etapas, formación de la pareja, llegada de los hijos, familias con hijos adolescentes, nido vacío y vejez, cada una con tareas evolutivas y retos específicos que influyen en la percepción y afrontamiento de la enfermedad (Anexo 2) (2). Durante la formación de la pareja, la aparición de una enfermedad puede alterar los proyectos y expectativas, requiriendo una rápida adaptación y redefinición de roles.

En familias con hijos pequeños, la enfermedad puede generar estrés adicional, ya que los padres deben equilibrar el cuidado de los hijos y la gestión de la enfermedad, lo que puede afectar la percepción de control y la adherencia al tratamiento (5). En la etapa de hijos adolescentes, la autonomía creciente de los hijos puede facilitar o dificultar el apoyo familiar, dependiendo de la cohesión y comunicación familiar (5). En el nido vacío, la enfermedad puede convertirse en el eje central de la vida familiar, afectando la percepción de utilidad y autonomía de los miembros mayores. Finalmente, en la vejez, la presencia de enfermedades suele ser más frecuente y puede estar acompañada de pérdidas funcionales y sociales, lo que influye en la percepción de vulnerabilidad y dependencia (3).

Estudios recientes subrayan la importancia de considerar el ciclo vital familiar en el manejo de enfermedades (6). Por ejemplo, se ha demostrado que la gestión familiar efectiva se asocia con una mejor calidad de vida en niños con



enfermedades crónicas, y que la dificultad en la gestión familiar impacta negativamente en el bienestar del paciente (6). Además, la literatura destaca que la adaptación familiar, la reorganización de roles y la cohesión son factores clave para el afrontamiento exitoso de la enfermedad, y que estos procesos varían según la etapa del ciclo vital (7,8). Aunque la prevalencia de enfermedades tiende a aumentar en las etapas más avanzadas del ciclo vital familiar, esto no implica su exclusividad en dichas fases. Por ello, este estudio contempla a pacientes pertenecientes a todas las etapas del ciclo vital, con el objetivo de explorar si existen diferencias significativas en la percepción de la enfermedad según el momento evolutivo familiar, sin asumir relaciones predefinidas. Esta aproximación permite una interpretación más amplia y contextualizada de los resultados, respetando la diversidad clínica y familiar de la población atendida. La integración de intervenciones centradas en la familia y adaptadas a la etapa del ciclo vital puede mejorar la adherencia, la autogestión y los resultados en salud, promoviendo un enfoque más holístico y efectivo en la atención de enfermedades crónicas (7–9).

Además del modelo de McGoldrick, existen otras clasificaciones del ciclo vital familiar que ofrecen perspectivas complementarias como tal. Los modelos ecológicos destacan cómo la salud familiar se ve influida por factores externos como el entorno comunitario, las políticas públicas y los sistemas sociales, integrando así los contextos socioculturales en la comprensión de las etapas familiares (10). Por su parte, los modelos de reconstrucción del curso de vida —frecuentes en demografía— utilizan eventos vitales (nacimientos, defunciones, matrimonios) para analizar trayectorias familiares de forma longitudinal, permitiendo identificar patrones y su impacto en salud (11). Estas propuestas contrastan con el enfoque de McGoldrick, que prioriza las transiciones y tareas internas del sistema familiar. La elección del modelo teórico dependerá del objetivo clínico o investigativo, siendo el modelo de McGoldrick más útil en el ámbito psicosocial, mientras que los ecológicos y de curso de vida permiten un análisis más amplio en salud pública o políticas familiares (10,11).



La literatura científica ha demostrado que una percepción adecuada de la enfermedad se asocia con una mayor adherencia terapéutica, particularmente en patologías crónicas como diabetes mellitus tipo II, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (12–16). Por ejemplo, en personas con diabetes tipo II, una mayor percepción de control personal y una comprensión realista del padecimiento se vinculan con una mejor adherencia a la medicación y una mayor adopción de prácticas de autocuidado (12,15). De manera similar, en pacientes con enfermedad coronaria, niveles elevados de autoeficacia y una visión positiva de la enfermedad favorecen el cumplimiento terapéutico (14). En casos de EPOC, dimensiones como la percepción de control, la comprensión emocional y cognitiva de la enfermedad son predictores significativos de la adherencia al tratamiento inhalado (16).

La medición de la percepción de la enfermedad es esencial para evaluar cómo los pacientes enfrentan su diagnóstico. Entre los instrumentos más utilizados destacan el Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) y su versión abreviada, el Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), ambos basados en el modelo de autorregulación de Leventhal, que conceptualiza la percepción en dimensiones como identidad, causas, consecuencias, control, cronología, coherencia y respuesta emocional (17,18).

El IPQ-R es una herramienta extensa y robusta con propiedades psicométricas validadas, aunque su extensión limita su uso en la práctica clínica (17). El B-IPQ, por su parte, se diseñó para facilitar una evaluación rápida y efectiva, mostrando buena validez concurrente y sensibilidad al cambio (18).

Su aplicación se ha validado en más de 36 países y 26 idiomas, consolidándose como una herramienta útil en investigación multicéntrica y práctica clínica cotidiana (18). Estudios recientes destacan que, aunque el IPQ-R permite una



exploración más profunda, el B-IPQ es preferido en estudios clínicos debido a su brevedad, aplicabilidad intercultural y capacidad para detectar cambios significativos en la percepción del paciente. Su uso permite identificar necesidades psicoeducativas y diseñar intervenciones más personalizadas, con un enfoque centrado en el paciente (18,19).

Asimismo, la percepción de la enfermedad repercute en la calidad de la relación médico-paciente. Un estudio realizado en personas que viven con VIH encontró que una mayor comprensión de su enfermedad y una participación activa en las decisiones médicas se relacionan con una interacción más sólida con el personal médico y con menores tasas de incumplimiento terapéutico (20). De igual forma, la percepción de empatía por parte del médico y la satisfacción general con la atención médica han demostrado influir positivamente en la adherencia al tratamiento en enfermedades cardiovasculares (15, 21).

En términos de resultados en salud, las percepciones negativas respecto a la gravedad, duración o control de la enfermedad se han asociado con una menor calidad de vida, mayor sintomatología y menor capacidad de autogestión, tal como se ha documentado en pacientes con asma, dolor lumbar crónico y trastornos mentales (22–24). Por el contrario, percepciones más adaptativas promueven la participación activa en el tratamiento y se vinculan con mejores desenlaces clínicos (1,14,22,24).

Desde la práctica clínica, evaluar y abordar las percepciones del paciente permite identificar barreras cognitivas, emocionales y educativas que dificultan la adherencia y el vínculo terapéutico. Diversas intervenciones psicoeducativas dirigidas a modificar percepciones desadaptativas han demostrado mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados en salud (1,12–16). Por ello, la integración sistemática de la evaluación de la percepción de la enfermedad en la atención médica constituye una estrategia clave para optimizar el manejo de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida del paciente.



## **CAPÍTULO III**

### **JUSTIFICACIÓN**

La percepción que los pacientes tienen sobre su enfermedad ha sido vinculada con la adherencia terapéutica y los resultados en salud, actualmente existe poca evidencia que explore cómo esta percepción se ve influida por la etapa del ciclo vital familiar, especialmente en contextos reales de atención primaria y la población mexicana. La mayoría de los estudios se enfocan en variables clínicas o individuales, dejando de un lado los factores familiares y contextuales que pueden modificar la vivencia de la enfermedad y la relación médico-paciente. Esta investigación se justifica por la necesidad de integrar una perspectiva más amplia y contextual al análisis de la percepción de enfermedad, incorporando no solo el diagnóstico clínico, sino también el momento del ciclo vital en el que se encuentra el paciente. Dado a que en la práctica cotidiana se observan patrones distintos de afrontamiento entre pacientes jóvenes, padres de familia o adultos mayores, donde resulta fundamental comprobar si estas diferencias pueden medirse sistemáticamente y tener implicaciones clínicas. Analizar esta asociación permitirá generar evidencia útil para diseñar intervenciones más personalizadas, ajustadas a las características familiares y evolutivas de cada paciente. La aplicación del cuestionario B-IPQ en español ofrece una herramienta válida y confiable para medir estos aspectos de forma estructurada. Con ello, se busca enriquecer el enfoque biopsicosocial de la medicina familiar, promoviendo una atención más integral, centrada en el paciente y su contexto de vida.

## **CAPÍTULO IV**

### **HIPÓTESIS**

Existe una asociación significativa entre la percepción del paciente sobre su enfermedad y la etapa del ciclo vital familiar en el que se encuentra.

#### **Hipótesis nula**

No existe una asociación significativa entre la percepción del paciente sobre su enfermedad y la etapa del ciclo vital familiar en el que se encuentra.



## **CAPÍTULO V**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo principal**

Determinar la asociación entre la percepción de la enfermedad y el ciclo vital familiar

#### **Objetivos específicos**

1. Analizar la asociación que existe entre las variables sociodemográficas y la percepción de los pacientes por su enfermedad
2. Identificar cual es el ciclo vital familiar predominante en las familias estudiadas
3. Asociar el diagnóstico médico con la percepción de la enfermedad
4. Asociar el diagnóstico con el ciclo vital familiar



## **CAPÍTULO VI**

### **MATERIALES Y METODOS**

#### **Diseño de estudio**

El presente estudio tiene un diseño prospectivo, observacional, analítico y transversal. El objetivo fue analizar la relación que existe entre la percepción del paciente sobre su enfermedad y la etapa del ciclo vital familiar en la que se encuentra. El tamaño de muestra se estimó utilizando la fórmula para población finita, considerando un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación del cuestionario Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), en su versión validada en español. Se aplicará la encuesta una sola vez a cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión. El estudio se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2025.

#### **Reclutamiento de participantes**

Los participantes de investigación fueron reclutados de manera verbal, en la sala de espera de la consulta 1 de medicina familiar del hospital universitario Dr. José Eleuterio González.

#### **Población del estudio**

La población del estudio estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que acudieron a consulta 1 de medicina familiar del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González durante el periodo de recolección de datos.

#### **Lugar o sitio del estudio**

Fue la Consulta externa de medicina Familiar Hospital Universitario Dr José Eleuterio González

## **Criterios de selección de la muestra**

### **Criterios de inclusión**

1. Pacientes mayores de 18 años
2. Pacientes que acudan a la consulta 1 de Medicina Familiar.
3. Ambos sexos.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con alteraciones cognitivas o neurológicas graves (que impidan la comprensión del instrumento).
- Pacientes que se encuentren en estado agudo o crítico al momento del contacto.
- Pacientes que no hablen español

### **Criterios de eliminación**

- Pacientes con cuestionarios incompletos (uno o más ítems sin contestar)
- Participantes que, tras haber afirmado su consentimiento verbal, decidan retirarse voluntariamente del estudio

## **Cálculo del tamaño de la muestra**

Durante el periodo comprendido entre enero – diciembre 2024, se registraron un total de 11,392 de consultas de medicina familiar. Para determinar el tamaño mínimo de muestra necesario, se empleó la fórmula para población finita, considerando un nivel de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y una proporción esperada del 50 %. Esta estimación permite maximizar la representatividad de los pacientes que pudieran presentar alguna relación entre su percepción de la enfermedad y la etapa del ciclo vital familiar.



## TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

		al cuadrado	P x Q	N - 1	
valor N	11392			11391	
valor Z	1,96	3,8416			
valor P	0,5			n=	371,659555
valor Q	0,5		0,25		
valor d	0,05	0,0025			

### Procedimiento del estudio

En esta investigación se aplicó exclusivamente el instrumento Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) en su versión validada en español. Este cuestionario consta de 9 ítems, de los cuales 8 son preguntas cerradas tipo Likert (de 0 a 10) y 1 es una pregunta abierta que permite al paciente expresar libremente las causas que considera relacionadas con su enfermedad.

El B-IPQ no fue diseñado como una escala unidimensional, por lo tanto, no se reportó un alfa de Cronbach total dado a que cada ítem evalúa un aspecto distinto de la percepción de la enfermedad (consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, comprensión, respuesta emocional, y causa); sin embargo en estudios posteriores que han usado el B-IPQ en poblaciones específicas sí han calculado el alfa de Cronbach para subescalas o incluso para el cuestionario completo, especialmente cuando los investigadores lo utilizan como una medida unidimensional (por ejemplo, sumando todos los ítems excepto el de causa).



En cuanto a su factibilidad, se ha reportado un índice superior al 90 %, lo que respalda su utilidad en contextos clínicos por su brevedad, claridad y facilidad de aplicación, así como por su alta tasa de respuesta completa.

Este mide específicamente dimensiones como:

- Consecuencias percibidas.
- Duración de la enfermedad.
- Control personal y del tratamiento.
- Comprensión del padecimiento.
- Sintomatología asociada.
- Carga emocional.

Todas las variables recabadas incluido el cuestionario B-IPQ se encuentran en la hoja de recolección de datos.

#### **plan de análisis estadístico**

El análisis de los datos obtenidos en este estudio se realizará utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 30. Este programa permitirá procesar, analizar y presentar los resultados de manera clara y sistemática, de acuerdo con los objetivos planteados. En primer lugar, se efectuará un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Para las variables cuantitativas, como los puntajes individuales y totales del cuestionario Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), se calcularán medidas de tendencia central y dispersión, tales como media, mediana, desviación estándar o rango intercuartílico, según la distribución de los datos. Para las variables cualitativas, como sexo, diagnóstico médico y etapa del ciclo vital familiar, se utilizarán frecuencias absolutas y porcentajes.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis bivariado con el fin de explorar la relación entre la percepción del paciente sobre su enfermedad y variables como el diagnóstico médico y el ciclo vital familiar. Para ello, se emplearán pruebas de asociación como la chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher, dependiendo del



tipo y tamaño de las variables categóricas analizadas. En el caso de variables ordinales o numéricas no paramétricas, se aplicó la prueba de correlación de Spearman; si las condiciones de normalidad lo permiten, se utilizó el coeficiente de Pearson. Asimismo, si se requiere comparar grupos, se recurrió a pruebas como la U de Mann-Whitney o t de Student, de acuerdo con las características y distribución de las variables. Previamente, se verificó la normalidad de las variables mediante pruebas como Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk. En todos los casos, se consideró un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$  para determinar la existencia de diferencias o asociaciones estadísticamente significativas

**Tabla de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Categorías</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>ID del paciente</b>	Identificador único del participante	Código alfanumérico asignado por el investigador	Único	Cadena
<b>Edad</b>	Tiempo desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos al momento de la entrevista	Años cumplidos	Cuantitativa continua
<b>Sexo</b>	Condición biológica del individuo	Masculino o femenino según expediente clínico	Masculino / Femenino	Cualitativa nominal
<b>Estado civil</b>	Situación conyugal del paciente	Autorreporte o expediente clínico	Soltero / Casado o unión libre / Separado o	Cualitativa nominal



			divorciado / Viudo	
<b>Escolaridad</b>	Nivel máximo de estudios alcanzado	Autorreporte del paciente o expediente clínico	Primaria / Secundaria / Preparatoria / Licenciatura o más	Cualitativa ordinal
<b>Ocupación</b>	Actividad laboral habitual	Autorreporte del paciente	Empleado / Desempleado / Jubilado / Ama de casa / Otro	Cualitativa nominal
<b>Número de integrantes del hogar</b>	Personas que conviven con el paciente	Autorreporte del paciente	Número absoluto (1, 2, 3, etc.)	Cuantitativa discreta
<b>Tipo de paciente</b>	Clasificación según momento de atención	Se registra si es consulta de primera vez o subsecuente	Primera vez / Subsecuente	Cualitativa nominal
<b>Referido al servicio</b>	Si fue canalizado desde otra unidad o médico	Registrado en expediente médico	Sí / No	Cualitativa dicotómica
<b>Diagnóstico principal</b>	Enfermedad crónica diagnosticada por el médico	Diagnóstico registrado en expediente clínico (Anotar todos los diagnósticos)	Diabetes / Hipertensión / EPOC / Otras	Cadena
<b>Comorbilidades</b>	Enfermedades adicionales	Presencia o ausencia de otras enfermedades	Ninguna / 1 / 2 o más	Cualitativa ordinal



	presentes en el paciente	además del diagnóstico principal		
<b>Tipo de enfermedad</b>	Curso clínico de la enfermedad	Clasificación médica	Aguda / Crónica	Cualitativa nominal
<b>Tiempo de evolución</b>	Duración desde el diagnóstico hasta la fecha del estudio	Tiempo en meses o años reportado o registrado en expediente	<6 meses / 6–12 meses / 1–5 años / >5 años	Cualitativa ordinal
<b>Ciclo vital familiar</b>	Etapa del ciclo familiar según estructura y dinámica familiar	Clasificación autorreportada del participante según modelo de Carter & McGoldrick adaptado al contexto local	1–7 (según etapa seleccionada) [Tabla 1]	Cualitativa ordinal
<b>Percepción 1 – Consecuencias</b>	Impacto percibido de la enfermedad en la vida diaria	Ítem 1 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta
<b>Percepción 2 – Duración</b>	Duración percibida de la enfermedad	Ítem 2 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta
<b>Percepción 3 – Control personal</b>	Control personal sobre la enfermedad	Ítem 3 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta



<b>Percepción 4 – Control tratamiento</b>	Percepción del control del tratamiento	Ítem 4 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta
<b>Percepción 5 – Síntomas</b>	Cantidad de síntomas percibidos	Ítem 5 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta
<b>Percepción 6 – Preocupación</b>	Nivel de preocupación relacionada con la enfermedad	Ítem 6 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta
<b>Percepción 7 – Comprensión</b>	Nivel de comprensión de la enfermedad	Ítem 7 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta
<b>Percepción 8 – Afectación emocional</b>	Carga emocional de la enfermedad	Ítem 8 del B-IPQ	Escala de 0 a 10	Cuantitativa discreta
<b>Puntaje total B- IPQ</b>	Medida global del impacto percibido de la enfermedad	Suma de los ítems 1 a 8 del cuestionario	Puntaje total de 0 a 80	Cuantitativa discreta

### **Mecanismos de protección para población vulnerable**

La población por estudiar consta en su totalidad de pacientes que consulten a la consulta 1 de Medicina Familiar del Hospital Universitario. Para evitar una posible coerción, la obtención del consentimiento informado verbal y la aplicación de la encuesta fue realizada por un residente y/o maestro de la consulta, si no que fueron aplicados por el investigador principal o por un integrante del equipo de investigación con cédula médica que sea delegado por el investigador principal.



### **Aspectos éticos**

Este estudio se apegó a lo establecido en los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, así como en las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México. Asimismo, se observarán los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que regula la organización, desarrollo, ética y control de los proyectos de investigación en seres humanos. Todos los participantes serán informados sobre los objetivos del estudio, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte su atención médica. Solo se incluyeron en la investigación aquellos pacientes que otorguen su consentimiento informado verbal. El protocolo será evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", y se inició la recolección de datos hasta contar con su aprobación formal por el comité de ética de investigación.

La aplicación del instrumento será realizada solo con fines de investigación, en un único momento durante la consulta médica, sin interferir con la atención habitual. No se realizará ninguna intervención diagnóstica o terapéutica adicional. El equipo investigador asumirá los costos de impresión del cuestionario y del material necesario para su aplicación y resguardo



## CAPÍTULO VII

### RESULTADOS

En total se analizaron 373 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión. El objetivo principal del estudio fue evaluar la percepción de la enfermedad en esta población y explorar su relación con características sociodemográficas, ciclo vital familiar y diagnóstico médico. La descripción general de la muestra se presenta en la Tabla 1. La mediana de edad fue de 46 años con un rango intercuartilar de 31 a 58, sin diferencias significativas entre mujeres y hombres ( $p = 0.38$ ). En las comparaciones por sexo, variables como estado civil, escolaridad, tipo de atención, referencia de otro servicio, comorbilidades, cronicidad de la enfermedad y tiempo de evolución no mostraron diferencias estadísticamente significativas. La única variable que presentó una distribución diferente entre hombres y mujeres fue la ocupación ( $p < 0.001$ ), con mayor proporción de hombres empleados o jubilados y predominio de amas de casa entre las mujeres.

Los puntajes del Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) se describieron a partir de sus ocho dimensiones y del puntaje total. En la población general, los ítems con mayor puntuación fueron la afectación de la vida diaria (mediana 8), la preocupación (mediana 8) y la afectación emocional (mediana 7) (Tabla 2). El puntaje total del B-IPQ fue de 47.9 puntos (RIQ 12.9), lo que indica una percepción moderada de amenaza respecto a la enfermedad. Esta descripción general sirvió como base para los análisis posteriores orientados a los objetivos del estudio.

Para responder al primer objetivo específico, se analizó la relación entre las variables sociodemográficas y la percepción de la enfermedad mediante el puntaje total del B-IPQ. Se evaluaron comparaciones por sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de atención y referencia de otro servicio,



considerando únicamente aquellas variables con diferencias relevantes para su inclusión en el análisis.

Respecto a la percepción de la enfermedad evaluada mediante el BIPQ, la Tabla 3 muestra los puntajes por cada componente. El impacto en la vida diaria (ítem 1,  $p = 0.01$ ), en la carga de síntomas (ítem 5,  $p = 0.02$ ) y en la afectación emocional (ítem 8,  $p = 0.003$ ) fue significativamente diferente entre hombres y mujeres (Tabla 3). En todos los casos, las mujeres reportaron mayor percepción de amenaza. El puntaje total del BIPQ mostró una tendencia hacia valores más altos en mujeres con un promedio de 48.9 frente a 46.23 en hombres, con una tendencia a significancia estadística ( $p = 0.052$ ).

A nivel estrictamente descriptivo, se observaron diferencias entre hombres y mujeres en los ítems 1, 5 y 8 del B-IPQ, indicando mayor percepción de amenaza en las mujeres. Estos hallazgos se presentan únicamente con fines exploratorios, ya que el análisis principal del estudio se centró en el puntaje total del instrumento conforme a los objetivos planteados.

Se analizó posteriormente la asociación entre percepción de la enfermedad y características sociodemográficas. De todas las variables evaluadas, únicamente la ocupación mostró diferencias relevantes que justifican su incorporación en el análisis, dado que fue la única variable con estructura significativamente diferente entre sexos y potencial relevancia clínica. Variables como estado civil, escolaridad, tipo de atención y referencia de otro servicio no evidenciaron diferencias significativas en el puntaje total de percepción.

En cambio, las comorbilidades sí mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $F = 5.391$ ,  $p = 0.005$ ), indicando que los pacientes con dos o más comorbilidades presentan una mayor percepción de amenaza respecto a su enfermedad. En cuanto al tiempo de evolución, se observaron diferencias significativas entre las categorías evaluadas ( $F = 4.657$ ,  $p = 0.003$ ). Los



resultados señalan que un mayor tiempo de enfermedad se asocia con un incremento en la percepción negativa de la misma.

En relación con el segundo objetivo específico, se identificó la distribución del ciclo vital familiar en la población estudiada. La etapa más frecuente fue la de 'hijos adultos' (27.3 %), seguida de 'vive solo' (19.8 %). Esta caracterización permitió posteriormente evaluar su asociación con la percepción de la enfermedad.

Para el objetivo que analizó la relación entre el puntaje total del BIPQ y el ciclo vital familiar (Figura 1), se aplicó un análisis de varianza que no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las siete etapas familiares evaluadas ( $F = 2.035$ ,  $p = 0.060$ ). Aun cuando no se alcanzó el umbral de significancia, se observó tendencia hacia mayores puntajes en familias con hijos adolescentes y en etapas familiares avanzadas, lo cual sugiere posibles variaciones en la carga percibida que deberán interpretarse con cautela en la discusión.

Aunque el puntaje total del B-IPQ no presenta una distribución estrictamente normal, el tamaño de muestra ( $n = 373$ ) permite el uso de pruebas paramétricas como ANOVA debido a su robustez ante desviaciones de normalidad. Para garantizar la consistencia de los resultados, se verificó la concordancia mediante pruebas no paramétricas, obteniéndose patrones similares.

Finalmente, se examinó la asociación entre percepción de la enfermedad y el diagnóstico médico agrupado en diez categorías clínicas (Figura 2). El análisis global mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos diagnósticos ( $F = 2.205$ ,  $p = 0.021$ ). Sin embargo, las comparaciones múltiples con corrección de Bonferroni no revelaron diferencias significativas entre pares específicos de diagnósticos, lo que indica que la variación global podría deberse



a la dispersión ligeramente diferente de puntajes en varias categorías sin que existan contrastes suficientemente amplios entre grupos individuales.

Dado que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las etapas del ciclo vital familiar en el puntaje total del B-IPQ ( $p = 0.060$ ), no se rechaza la hipótesis nula del estudio. Esto indica que, en esta muestra, la percepción global de la enfermedad no varió de manera significativa según la etapa del ciclo vital familiar.

## CAPÍTULO VIII

### DISCUSIÓN

El presente estudio examinó la percepción de la enfermedad y exploró su relación con variables sociodemográficas, el ciclo vital familiar y distintos grupos diagnósticos. Los resultados muestran que la ocupación fue la única variable sociodemográfica con asociación significativa con el puntaje total del BIPQ, mientras que el resto de los factores evaluados no evidenciaron diferencias relevantes. Asimismo, se observaron variaciones en la percepción de la enfermedad entre los diferentes ciclos vitales familiares, así como entre algunos grupos diagnósticos, aunque las comparaciones múltiples no mostraron diferencias estadísticas entre pares específicos. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la manera en que los pacientes interpretan su enfermedad depende de determinantes sociales y familiares, además de características clínicas propias de cada padecimiento.

Estos resultados encuentran respaldo en investigaciones internacionales que han destacado que la percepción de la enfermedad es un fenómeno complejo influido por la historia de vida, los síntomas experimentados, la carga de comorbilidades y factores psicosociales. Por ejemplo, estudios en poblaciones con dispositivos cardíacos implantados han demostrado que experiencias previas de adversidad y la intensidad de la sintomatología pueden moldear una percepción más amenazante de la enfermedad, lo que coincide con nuestra observación de que el contexto personal desempeña un papel sustancial en la interpretación del padecimiento (32). De manera similar, investigaciones en pacientes con múltiples enfermedades crónicas han evidenciado que las percepciones negativas se relacionan con peor calidad de vida y con estrategias de afrontamiento menos adaptativas, lo que subraya la importancia del entorno social y los recursos del paciente para enfrentar su enfermedad (33).



Los resultados obtenidos también concuerdan con estudios realizados en poblaciones con artritis inflamatoria, donde variables asociadas al nivel socioeconómico se han vinculado con percepciones más negativas de la enfermedad. Este patrón coincide con lo observado en nuestra muestra, ya que la ocupación mostró ser un determinante clave en la percepción que los pacientes forman sobre su condición (34). Esto sugiere que el significado subjetivo de la enfermedad no depende exclusivamente de los aspectos clínicos, sino también de la estructura social y laboral que influye en la vida diaria del individuo.

La literatura también ha descrito que la percepción de la enfermedad tiene efectos directos sobre resultados clínicos y emocionales, aun cuando la severidad objetiva del padecimiento no sea elevada. En pacientes con glaucoma, por ejemplo, las percepciones más negativas predijeron una peor calidad de vida relacionada con la visión, independientemente del tipo de glaucoma o la presencia de comorbilidades (35). Este fenómeno refleja un patrón que se aprecia en distintas enfermedades crónicas: las creencias del paciente pueden ser tan determinantes para su bienestar como la enfermedad misma.

En adultos mayores con hipertensión se ha observado que la percepción negativa influye tanto en la experiencia con la medicación como en la calidad de vida. Estos resultados apoyan la idea de que la interacción entre factores sociales y clínicos puede modificar la experiencia subjetiva de vivir con una enfermedad crónica, lo cual es compatible con nuestros hallazgos respecto al papel de la ocupación (5). De forma similar, en la enfermedad renal crónica avanzada se ha documentado que la carga de hospitalizaciones y determinados factores demográficos influyen en la manera en que los pacientes perciben su condición de salud (36).

La influencia de los factores psicosociales también se ha destacado en enfermedades dermatológicas como la alopecia areata, en la cual se ha demostrado que la percepción de la enfermedad explica más la variabilidad en



síntomas emocionales y calidad de vida que la propia severidad clínica (37). Este hallazgo resulta particularmente relevante para nuestro estudio, donde el ciclo vital familiar mostró asociaciones significativas con la percepción de la enfermedad, lo que sugiere que el contexto familiar y las etapas de desarrollo del hogar pueden tener un impacto considerable en cómo los pacientes entienden su situación de salud.

Aunque el estudio aporta evidencia valiosa, también presenta limitaciones. El diseño transversal impide establecer causalidad y la amplia heterogeneidad diagnóstica puede haber reducido la capacidad para detectar diferencias más sutiles entre grupos. Además, algunas variables importantes como el nivel socioeconómico detallado, el apoyo familiar específico o la severidad clínica de cada diagnóstico no se midieron con la profundidad necesaria para ofrecer interpretaciones más precisas.

Futuras investigaciones podrían utilizar diseños longitudinales que permitan observar cómo evoluciona la percepción de la enfermedad a lo largo del tiempo y cómo esta influye en la adherencia terapéutica, el ajuste emocional y la utilización de servicios de salud. También sería valioso integrar métodos cualitativos para comprender el significado que los pacientes atribuyen a su experiencia de enfermedad y el papel que cumplen el entorno familiar y las condiciones de vida.



## **CAPÍTULO IX**

### **CONCLUSIÓN**

En conclusión, los resultados del presente estudio revelan que la percepción de la enfermedad se encuentra influida por factores sociodemográficos y clínicos, como el sexo, la presencia de comorbilidades y el tiempo de evolución del padecimiento. Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de la enfermedad y el ciclo vital familiar, por lo que la hipótesis planteada no se confirmó en esta muestra. Aun así, se observaron tendencias que sugieren posibles variaciones en etapas familiares con mayores demandas, las cuales deberán explorarse en futuros estudios. Reconocer estos determinantes abre oportunidades para desarrollar intervenciones integrales que no solo atiendan la dimensión médica del padecimiento, sino también los factores sociales y emocionales que configuran la experiencia del paciente.

## CAPÍTULO X

### TABLAS

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas por sexo</b>					
			<b>Sexo</b>		<i>p-valor</i>
		<b>Total n=373 Med (RIQ )</b>	<b>Femenino n=230 Med (RIQ )</b>	<b>Masculino n=143 Med (RIQ )</b>	
<b>Edad</b>		46 (31-58)	49 (30-59)	44 (31-58)	0.38
<b>Estado civil</b>	Soltero	118 (31.64)	71 (30.87)	47 (32.87)	0.88
	Casado/Unión Libre	190 (50.94)	118 (51.3)	72 (50.35)	
	Separado/ Divorciado	37 (9.92)	22 (9.57)	15 (10.49)	
	Viudo	28 (7.51)	19 (8.26)	9 (6.29)	
<b>Escolaridad</b>	Primaria	79 (21.18)	51 (22.17)	28 (19.58)	0.21
	Secundaria	99 (26.54)	68 (29.57)	31 (21.68)	
	Preparatoria	102 (27.35)	60 (26.09)	42 (29.37)	
	Licenciatura	93 (24.93)	51 (22.17)	42 (29.37)	
<b>Ocupación</b>	Empleado	136 (36.46)	60 (26.09)	76 (53.15)	<0.001
	Desempleado	44	20	24	



		(11.8)	(8.7)	(16.78)	
	Jubilado	21 (5.63)	12 (5.22)	9 (6.29)	
	Ama de casa	122 (32.71)	119 (51.74)	3 (2.1)	
	Otro	50 (13.4)	19 (8.26)	31 (21.68)	
<b>Personas en hogar</b>		3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-5)	0.33
<b>Tipo de atención</b>	Primera vez	219 (58.71)	128 (55.65)	91 (63.64)	0.12
	Subsecuente	154 (41.29)	102 (44.35)	52 (36.36)	
<b>Referido de otro servicio</b>	No	304 (81.5)	187 (81.3)	117 (81.82)	0.9
	Si	69 (18.5)	43 (18.7)	26 (18.18)	
<b>Comorbilidades</b>	Ninguna	213 (57.1)	131 (56.96)	82 (57.34)	0.89
	Una	112 (30.03)	68 (29.57)	44 (30.77)	
	Dos o más	48 (12.87)	31 (13.48)	17 (11.89)	
<b>Cronicidad de enfermedad</b>	Aguda	205 (54.96)	120 (52.17)	85 (59.44)	0.17
	Crónica	168 (45.04)	110 (47.83)	58 (40.56)	
<b>Tiempo de evolución</b>	<6 meses	198 (53.08)	118 (51.3)	80 (55.94)	0.26
	6-12 meses	58 (15.55)	40 (17.39)	18 (12.59)	

	1-5 años	75 (20.11)	50 (21.74)	25 (17.48)
	>5 años	42 (11.26)	22 (9.57)	20 (13.99)

**Tabla 2.** Descripción del ciclo vital por sexo

		<b>Total, n=373</b> <b>med</b> <b>(RIQ)</b>	<b>Femenino</b> <b>n=230</b> <b>med</b> <b>(RIQ)</b>	<b>Masculino</b> <b>n=43</b> <b>med</b> <b>(RIQ)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Ciclo vital familiar</b>	Vive solo	74 (19.84)	38 (16.52)	36 (25.17)	0.18
	Con pareja	47 (12.6)	35 (15.22)	12 (8.39)	
	Hijos pequeños	44 (11.8)	28 (12.17)	16 (11.19)	
	Hijos adolescentes	54 (14.48)	31 (13.48)	23 (16.08)	
	Hijos adultos	102 (27.35)	63 (27.39)	39 (27.27)	
	Nido vacío	41 (10.99)	29 (12.61)	12 (8.39)	
	Jubilado sin hijos dependientes	11 (2.95)	6 (2.61)	5 (3.5)	
	<b>Porcentaje total</b>	<b>100%</b>	<b>61.7%</b>	<b>38.3%</b>	

Med: mediana

RIQ: Rango intercuartilar



**Tabla 3.** Puntajes descriptivos de los ítems y del puntaje total de la escala BIPQ por sexo

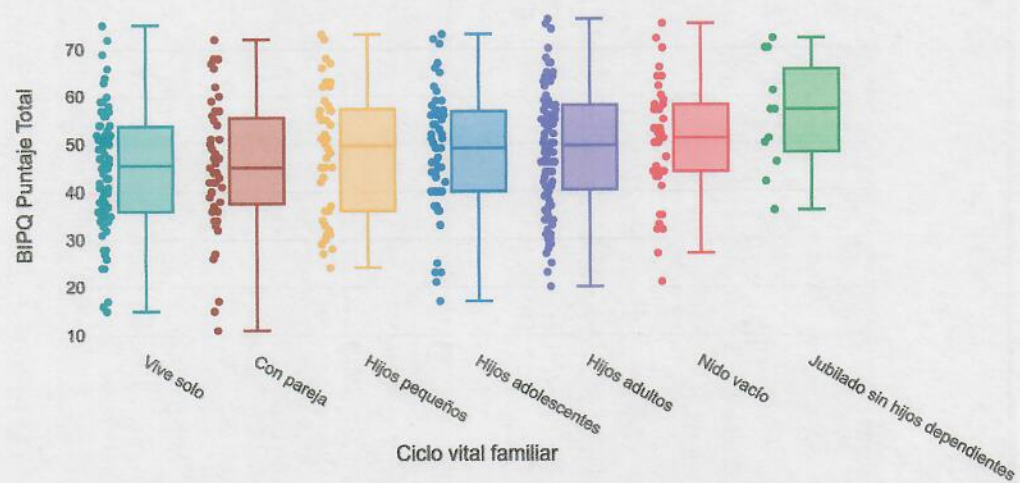
	Sexo			<i>p-valor</i>
	<b>Total n=373 med (RIQ)</b>	<b>Femenino n =230 Med (RIQ)</b>	<b>Masculino n=143 Med (RIQ)</b>	
BIPQ ítem 1 (Afecta vida)	8 (5 - 9)	8 (5 - 9)	7 (4 - 9)	0.01
BIPQ ítem 2 (Duración)	5 (2 - 8)	5 (2 - 8)	5 (3 - 7)	0.65
BIPQ ítem3 (Control)	4 (2 - 7)	4 (1 - 7)	4 (2 - 7)	0.66
BIPQ ítem 4 (Tratamiento)	8 (6 - 10)	8 (6 - 10)	8 (6 - 10)	0.99
BIPQ ítem 5 (Síntomas)	7 (4 - 9)	7 (5 - 9)	5 (3 - 9)	.02
BIPQ ítem 6 (Preocupación)	8 (5 - 10)	8 (5 - 10)	8 (5 - 10)	0.06
BIPQ ítem 7 (Entendimiento)	5 (2 - 8)	5 (2 - 8)	5 (2 - 8)	0.51
BIPQ ítem 8 (Afecto_emocional)	7 (4 - 9)	7 (5 - 10)	6 (3 - 8)	0.003
<b>BIPQ Puntaje Total</b>	<b>47.88 (12.9)</b>	<b>48.9 (12.64)</b>	<b>46.23 (13)</b>	<b>0.052</b>

\*Las variables continuas se reportan en mediana y RIQ

## CAPÍTULO XI

### FIGURAS

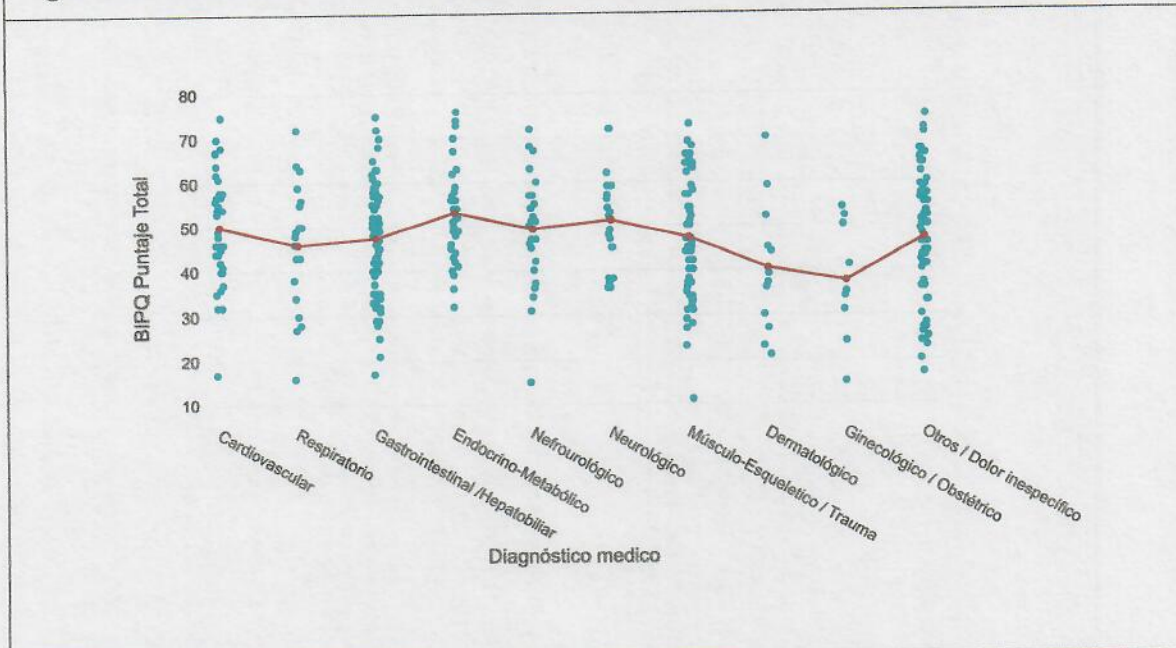
Figura 1. Distribución del puntaje total del BIPQ según el ciclo vital familiar.



$F = 2.035$ ;  $p = 0.060$



Figura 2. Asociación entre diagnóstico médico y el puntaje total del BIPQ.



$F = 2.205$ ;  $p = 0.021$

## CAPÍTULO XII

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Oliveira J, Sousa H, Bártoło A, Figueiredo D, Ribeiro O. Illness perception and treatment adherence in haemodialysis: a systematic review. *Psychology, Health & Medicine*. 2023 Aug 9;28(7):1641–55. DOI: 10.1080/13548506.2022.2099559
2. M McGoldrick, Shibusawa T. The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2010. [https://doi.org/10.1007/0-306-47565-0\\_2](https://doi.org/10.1007/0-306-47565-0_2)
3. Rolland JS. Chronic Illness and the Life Cycle:A Conceptual Framework. *Family Process*. 1987 Jun;26(2):203–21. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x
4. dela Cruz FA, Yu CH (Alex), Lao BT. Illness perceptions and blood pressure control among hypertensive Filipino Americans: A cross-sectional study. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2024 Nov;36(11):607. DOI: 10.1097/JXX.0000000000001032
5. Newby NM. Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*. 1996 Apr;23(4):786–91. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00052.x
6. Sutthisompohn S, Kusol K. Association Between Caregivers' Family Management and Quality of Life in Children with Chronic Disease in Southern Thailand. *PPA*. 2021 Sep;Volume 15:2165–74. DOI: 10.2147/PPA.S327553
7. Whitehead L, Jacob E, Towell A, Abu-qamar M, Cole-Heath A. The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018 Jan;27(1–2):22–30. DOI: 10.1111/jocn.13775



8. Robinson CA. Families Living Well With Chronic Illness: The Healing Process of Moving On. *Qual Health Res.* 2017 Mar;27(4):447–61. DOI: 10.1177/1049732316675590
9. Ajayi RO, Adeyemi- Benson OS, Adeyemi-Benson OA, Ogunjobi TT. Chronic Disease Management in Families: A Public Health and Biomedicine Perspective. *MEDIN [Internet]*. 2025 Apr 7 [cited 2025 Jul 18]; Available from: <https://ojs.bonviewpress.com/index.php/MEDIN/article/view/4971>. DOI: 10.47852/bonviewMEDIN52024971
10. Michaelson V, Pilato KA, Davison CM. Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family. Cheung JCS, editor. *PLoS ONE*. 2021 Apr 12;16(4):e0249707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249707>
11. Van Den Berg N, Van Dijk IK, Mourits RJ, Slagboom PE, Janssens AAPO, Mandemakers K. Families in comparison: An individual-level comparison of life-course and family reconstructions between population and vital event registers. *Population Studies*. 2021 Jan 2;75(1):91–110. <https://doi.org/10.1080/00324728.2020.1718186>
12. Delshad Noghabi A, Sabeti Bilondi S, Aalami H. The The relationship between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus type II: illness perception and medication adherence. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2022 Jan 4;E966 Pages. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.4.2277
13. Eshete A, Getye B, Aynaddis G, Tilaye B, Mekonnen E, Taye B, et al. Association between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus in North Shoa, Zone: cross-sectional study. *Front Public Health [Internet]*. 2023 Dec 19 [cited 2025 Jul 10];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1214725/full>. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1214725



- 14.** Mobini S, Allahbakhshian A, Shabanloei R, Sarbakhsh P. Illness Perception, Self-Efficacy, and Medication Adherence in Patients With Coronary Artery Disease: A Path Analysis of Conceptual Model. *SAGE Open Nursing* [Internet]. 2023 Jan [cited 2025 Jul 10];9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23779608231171772>. DOI: 10.1177/23779608231171772
- 15.** Janjani P, Majzoobi MR, Sanjabi A, Movahed M, Rai A, Momeni K, et al. Assessing the adherence to treatment among patients with cardiovascular diseases in Kermanshah, Iran. *Health Promot Perspect*. 2021 Feb 7;11(1):80–6. DOI: 10.34172/hpp.2021.11
- 16.** Liu YR, Wang Y, Wang J, Wang X. Association between illness perception and adherence to inhaler therapy in elderly Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis* [Internet]. 2024 Jan [cited 2025 Jul 10];21. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14799731241286837>
- 17.** Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*. 2002 Jan;17(1):1–16. DOI: 10.1080/08870440290001494
- 18.** Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*. 2015 Nov 2;30(11):1361–85. DOI: 10.1080/08870446.2015.1070851
- 19.** Bear HA, Moon Z, Wasil A, Ahuvia I, Edbrooke-Childs J, Wolpert M. Development and validation of the illness perceptions questionnaire for youth anxiety and depression (IPQ-Anxiety and IPQ-Depression). *Counselling Psychology Quarterly*. 2024 Jul 2;37(3):441–69. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2232320>
- 20.** Beichler H, Grabovac I, Leichsenring B, Dorner TE. Involvement, Perception, and Understanding as Determinants for Patient–Physician Relationship and Their Association with Adherence: A Questionnaire Survey among People Living with HIV and Antiretroviral Therapy in



Austria. IJERPH. 2022 Aug 19;19(16):10314. DOI:  
10.3390/ijerph191610314

21. Temeloglu Sen E, Sertel Berk HO, Rezvani A. Serial mediation of illness perception and beliefs about medicines in the relationship between patient satisfaction and medication adherence: An evaluation of self-regulatory model in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients. *J Health Psychol.* 2024 Jul;29(8):836–47. DOI: 10.1177/13591053231213306
22. Cai Q, Jin M, Li X, Zhang J, Xu Q, Ye L, et al. Effect of illness perceptions on asthma control and quality of life amongst adult outpatients with asthma in China. *BMC Psychol [Internet].* 2023 Mar 12 [cited 2025 Jul 10];11(1). Available from: <https://bmcpseudology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-023-01097-3>. DOI: 10.1186/s40359-023-01097-3
23. Fors M, Öberg B, Enthoven P, Schröder K, Abbott A. The association between patients' illness perceptions and longitudinal clinical outcome in patients with low back pain. *PR9.* 2022 Apr 27;7(3):e1004. DOI: 10.1097/PR9.0000000000001004
24. Cannon M, Credé M, Kimber JM, Brunkow A, Nelson R, McAndrew LM. The common-sense model and mental illness outcomes: A meta-analysis. *Clin Psychology and Psychoth.* 2022 Jul;29(4):1186–202. DOI: 10.1002/cpp.2721
25. Ashour A, Al-Smadi A, Shajrawi A, Al-Rawashdeh S, Alshraifeen A, Abed M. Changes in illness perception among patients' undergoing percutaneous coronary intervention. *Heart & Lung.* 2020 Nov;49(6):836–41. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2020.08.026
26. Dhaliwal HS, Singh R, Abraham AM, Sharma R, Goyal NK, Soloman R, et al. Perception of Illness and Its Association with Treatment Willingness in Patients with Newly Diagnosed Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Dig Dis Sci.* 2021 Dec;66(12):4197–207. DOI: 10.1007/s10620-020-06794-2



27. Alfian SD, Annisa N, Perwitasari DA, Coelho A, Abdulah R. The role of illness perceptions on medication nonadherence among patients with hypertension: A multicenter study in indonesia. *Front Pharmacol* [Internet]. 2022 Sep 26 [cited 2025 Jul 10];13. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2022.985293/full>. DOI: 10.3389/fphar.2022.985293
28. De Santana Silva JP, Cruz HRA, Silva GAG, Gualdi LP, Lima ÍNDF. Illness perception and self-care in hypertension treatment: a scoping review of current literature. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2024 Dec 3 [cited 2025 Jul 10];24(1). Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-12001-z>. DOI: 10.1186/s12913-024-12001-z
29. Saranjam F, Afrasiabifar A, Alamdari A, Hosseini N. Effect of Leventhal's self-regulatory intervention on the hypertensive patients' illness perception and lifestyle: a randomized controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2023 Jan 26 [cited 2025 Jul 10];23(1). Available from: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-023-03049-6>. DOI: 10.1186/s12872-023-03049-6
30. Huang LM, Tan CY, Chen X, Jiang YJ, Zhou YR, Zhao H. A Qualitative Study on Illness Perception and Coping Behaviors Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Implications for Intervention. *COPD*. 2024 Nov;Volume 19:2467–79. DOI: 10.2147/COPD.S473790
31. Lima-Rodríguez JS, Domínguez-Sánchez I, Lima-Serrano M. Family and Social Variables Associated with Family Health. *West J Nurs Res*. 2022 Oct;44(10):920–31. DOI: 10.1177/01939459211026384
32. Cheng C, Yang C, Inder K, Chan S. Illness perceptions, coping strategies and quality of life in people with multiple chronic conditions. *J Nurs Scholarsh*. 2020. DOI: 10.1111/jnu.12540
33. Lindgren L, De Thurah A, Thomsen T, Hetland M, Aadahl M, Vestergaard S, et al. Sociodemographic and clinical variables associated with negative



illness perception in newly diagnosed arthritis. *Rheumatol Int.* 2024. DOI: 10.1007/s00296-024-05553-0

34. Zhang Q, Zhou W, Song D, Xie Y, Lin H, Liang Y, et al. Vision related quality of life in glaucoma and the role of illness perceptions. *Health Qual Life Outcomes.* 2021. DOI: 10.1186/s12955-022-01979-x
35. Li Z, Gao M, Dong P, Shi Y, Yu Z, Feng Z, et al. Illness perception and quality of life in rural elderly with hypertension. *BMC Geriatr.* 2025. DOI: 10.1186/s12877-025-06184-1
36. Sitjar Suñer M, Suñer Soler R, Masià Plana A, Serdà Ferrer B, Pericot Mozo X, Reig García G. Illness perception in advanced chronic kidney disease. *J Pers Med.* 2025. <https://doi.org/10.3390/jpm15030120>
37. Christou E, Lalagianni N, McSweeney S, Cotter C, Ung C, Walburn J, et al. Illness perceptions, stigma and psychosocial burden in alopecia areata. *Br J Dermatol.* 2025. DOI: 10.1093/bjd/ljaf189

## CAPÍTULO XIII

### ANEXOS

#### Anexo 1. Cuestionario B-IPQ (Brief Illness Perception Questionnaire)

Ítem	Pregunta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida? 0 = no la afecta absolutamente nada, 10 = afecta gravemente mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Cuánto cree Ud. que durará su enfermedad? 0 = muy poco tiempo, 10 = para siempre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Cuánto control siente Ud. que tiene sobre su enfermedad? 0 = absolutamente ninguno, 10 = control total	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿En qué medida cree Ud. que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad? 0 = absolutamente nada, 10 = ayuda muchísimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	¿En qué medida siente Ud. síntomas debido a su enfermedad? 0 = absolutamente ningún síntoma, 10 = muchos síntomas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	¿En qué medida está Ud. preocupado por su enfermedad? 0 = absolutamente nada de preocupado, 10 = extremadamente preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿En qué medida siente Ud. que entiende su enfermedad? 0 = no la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	entendiendo nada, 10 = la entiendo muy claramente													
8	¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (Es decir, ¿lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?) 0 = absolutamente nada de afectado emocionalmente, 10 = extremadamente afectado emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indique los tres factores que, en su opinión, han contribuido en mayor medida al origen de su enfermedad. Escríbalos en orden de relevancia.														
1.														
2.														
3.														
Puntaje total B-IPQ (suma de ítems 1 al 8): _____ / 80														

**Anexo 2. Etapa del ciclo vital familiar (basado en Carter y McGoldrick, 1980)**

<b>Etapas del ciclo vital familiar</b>	<b>Descripción breve</b>
1. Soltero(a) joven	Vive solo/a, sin hijos ni pareja
2. Pareja sin hijos	En unión libre o matrimonio, sin hijos aún
3. Familia con hijos pequeños	Hijos en edad preescolar o escolar
4. Familia con hijos adolescentes	Hijos en secundaria o preparatoria
5. "Nido lleno" con hijos adultos	Hijos mayores de 18 años viviendo en casa
6. "Nido vacío"	Hijos ya no viven en casa
7. Etapa de jubilación o vejez	Personas mayores, jubiladas, usualmente pareja sola o viudos



## RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

La Dra. Indira María Velásquez Velásquez nació en el Departamento del Tolima, Colombia. Realizó sus estudios de primaria en el Colegio Libertad Maranata, en el Municipio de Mesetas, Departamento del Meta. Posteriormente continuó sus estudios de secundaria y preparatoria en el Colegio Adventista de Ibagué, Tolima.

Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, en la Ciudad de Villavicencio, Departamento del Meta, graduándose en el año 2016. En 2017 llevó a cabo su servicio social en el Hospital Local de Fuentedeoro, en el municipio de Fuente de Oro, Meta, donde posteriormente continuó laborando como médica en el área de urgencias y consulta externa hasta el año 2020.

Asimismo, desempeñó funciones como médica general en el Hospital Departamental de Granada, Meta, Colombia, en diversas áreas, incluyendo hospitalización, pediatría, ginecoobstetricia, salas de cirugía y consulta externa, donde permaneció durante cinco años.

Posteriormente migró a Monterrey, México, para ingresar a la especialidad de Medicina Familiar en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León, donde cursa su formación durante el periodo de marzo de 2023 a febrero de 2026.





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Dr. Med Felipe Arturo Morales Martínez**  
Subdirector de Estudio de Posgrado del  
Hospital Universitario de la U.A.N.L.  
**Presente. –**

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada **“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE ENFERMEDAD Y LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR”** cuyo autor es la Dra. Indira María Velásquez Velásquez del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa Turnitin encontrando un 22% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted

**ATENTAMENTE.**

*«Alere Flamamam Veritatis»*

Monterrey, N.L. 10 de diciembre de 2025



**MEDICINA FAMILIAR**

**DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.**  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar



UANL



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Dr. Med Felipe Arturo Morales Martínez**

Subdirector de Estudio de Posgrado del  
Hospital Universitario de la U.A.N.L.

**Presente. –**

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada **“ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE ENFERMEDAD Y LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR”** cuyo autor es la Dra. Indira María Velásquez Velásquez del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa Turnitin encontrando un 22% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted

**ATENTAMENTE.**

«Alere Flamamam Veritatis»

Monterrey, N.L. 10 de diciembre de 2025



MEDICINA FAMILIAR

**DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.**

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS  
DE POSGRADO

Handwritten: *Vanely 8:15*  
11 DIC 2025

**RECIBIDO**  
FACULTAD DE MEDICINA



**Indira María Velásquez Velásquez**

**ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE ENFERMEDAD Y LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR**

TESIS 23-26

**Detalles del documento**

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:539085233

52 páginas

Fecha de entrega

10 dic 2025, 11:35 GMT-6

8967 palabras

Fecha de descarga

10 dic 2025, 11:56 GMT-6

51.435 caracteres

Nombre del archivo

ASOCIACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE ENFERMEDAD Y LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR.docx

Tamaño del archivo

676.5 KB



**MEDICINA FAMILIAR**

*David F. G. Hernández*

## 22% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para la

### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

### Fuentes principales

- 19% Fuentes de Internet
- 7% Publicaciones
- 16% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



MEDICINA GENERAL

*[Handwritten signature]*

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS  
DE POSGRADO

*[Handwritten signature]*  
11 DIC 2015

**RECIBIDO**  
FACULTAD DE MEDICINA