



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN LÍNEA EN EDUCACIÓN
Presenta:

Med. Fam. María del Carmen Ponce Martínez

Dirigido por:
Med. Esp. Lilia Susana Gallardo Vidal

Querétaro, Qro. a 31 Agosto del 2026.

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Percepción del paciente con Diabetes e Hipertensión Arterial y su relación con el control de la enfermedad

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Maestría en Investigación con línea terminal en Educación.

Presenta:

Méd. Fam. Maria del Carmen Ponce Martinez

Dirigido por:

Med. Esp. Lilia Susana Gallardo Vidal

SINODALES

MIM. Lilia Susana Gallardo Vidal

Presidente

MIM. Rosalía Cadenas Salazar

Secretario

Med. Esp. Franklin Ríos Jaimes

Vocal

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez.

Suplente

Dr. En C.S. Nicolás Camacho Calderón

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (Junio 2026).
México.

Resumen

Introducción: la coexistencia de la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial representa un problema relevante de salud pública debido a su alta prevalencia y a las complicaciones asociadas. La percepción que el paciente tiene de su enfermedad influye en su conducta, adherencia terapéutica y control clínico. **Objetivo:** Determinar la percepción de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, y su relación con el control glucémico y tensional. **Material y métodos:** Se realizó un estudio correlacional, transversal, en 108 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del IMSS en Querétaro. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas y de percepción mediante el cuestionario IPQ-R. El control de la enfermedad se midió a través de niveles de glucosa y cifras de presión arterial. El análisis estadístico incluyó medidas descriptivas y correlación de Spearman. **Resultados:** La edad promedio fue de 55.31 años, predominando el sexo femenino. Se encontró correlación positiva entre glucosa y dimensiones como identidad ($r=0.328$; $p=0.001$) y ciclicidad ($r=0.554$; $p=0.000$), indicando peor control metabólico. Asimismo, se observaron correlaciones negativas con control personal ($r=-0.508$; $p=0.000$) y control del tratamiento ($r=-0.231$; $p=0.016$). Resultados similares se identificaron en la presión arterial, donde identidad y ciclicidad se asociaron con mayor descontrol, mientras que el control personal, control del tratamiento y coherencia se relacionaron con mejor control clínico. **Conclusión:** Existe relación significativa entre la percepción de la enfermedad y el control glucémico y tensional. Las percepciones negativas se asocian con peor control, mientras que una mayor percepción de control y comprensión favorece mejores resultados clínicos. La evaluación de la percepción del paciente es fundamental para diseñar intervenciones educativas dirigidas.

Palabras clave: percepción de la enfermedad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial.

Summary

Introduction: the coexistence of type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension represents a significant public health problem due to its high prevalence and associated complications. The patient's perception of their disease influences their behavior, therapeutic adherence, and clinical control. **Objective:** to determine the perception of illness in patients with type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension, and its relationship with glycemic and blood pressure control. **Materials and methods:** a correlational, cross-sectional study was conducted in 108 patients affiliated with Family Medicine Unit No. 8 of the Mexican Social Security Institute (IMSS) in Querétaro. Sociodemographic, clinical, and perception variables were evaluated using the IPQ-R questionnaire. Disease control was measured through glucose levels and blood pressure values. Statistical analysis included descriptive measures and Spearman correlation. **Results:** the mean age was 55.31 years, with a predominance of female participants. A positive correlation was found between glucose levels and dimensions such as identity ($r=0.328$; $p=0.001$) and cyclicity ($r=0.554$; $p=0.000$), indicating poorer metabolic control. Likewise, negative correlations were observed with personal control ($r=-0.508$; $p=0.000$) and treatment control ($r=-0.231$; $p=0.016$). Similar results were identified in blood pressure, where identity and cyclicity were associated with greater lack of control, while personal control, treatment control, and coherence were related to better clinical control. **Conclusions:** there is a significant relationship between illness perception and glycemic and blood pressure control. Negative perceptions are associated with poorer control, while a greater sense of control and understanding is associated with better clinical outcomes. Assessing patient perception is essential for designing targeted educational interventions.

Key words: illness perception, type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension.

Dedicatorias

A mi hija por ser mi fuente de motivación para poder superarme cada día y así luchar para llegar a ser un ejemplo para ella.

Agradecimientos

Principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación.

De igual forma, dedico esta tesis a mis padres que me han sabido formar con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis maestros, guiadores de vida y formación académica, por su asesoría y consejos. Por ser parte esencial de este logro, el cual les comparto, ya que ustedes también lo trabajaron y espero que nuestro esfuerzo y empeño se vea reflejado en este trabajo

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de tablas	VII
Abreviaturas y siglas	VII
I. Introducción	8
II. Antecedentes/estado del arte	9
III. Fundamentación teórica	10
III.1 Concepto de enfermedades crónicas	10
III.2 Percepción De Enfermedades Crónicas	13
III.3 Modelo de Sentido Común o de Autorregulación de la Enfermedad	15
III.4 Cuestionario Sobre Percepción de la Enfermedad Revisado (Ipq-R)	18
III.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento	20
IV. Hipótesis o supuestos	23
V. Objetivos	23
V.1 General	23
V.2 Específicos	23
VI. Metodología	25
VI.1 Diseño de la investigación	25
VI.2 Población y criterios de selección	26
VI.3 Variables e Instrumento de Medición	26
VI.4 Técnicas e instrumentos	26
VI.5 Procedimiento	27

VI.6 Análisis estadístico	28
VI.7 Consideraciones éticas	28
VII. Resultados	30
VIII. Discusión	36
IX. Conclusiones	38
X. Propuestas	39
XI. Bibliografía	40
XII. Anexos	46

Índice de tablas

Tablas		Página
VII.1	Cuadro IV.1 Frecuencia según características sociodemográficas	31
VII.2	Principales causas percibidas por los pacientes.	32
VII.3	Correlación entre control glucosa y años de evolución con variables de percepción de la enfermedad.	33
VII.4	Correlación entre control de presión arterial y variables de percepción de la enfermedad	34
VII.5	Correlación entre variables de percepción	35

Abreviaturas y siglas

DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
HTA	Hipertensión Arterial
IPQ-R	Illnes Perception Questionnaire Revised
HbA1c	Hemoglobina glucosilada
UMF	Unidad de Medicina Familiar
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

I. INTRODUCCIÓN

La coexistencia de la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial constituye un reto relevante para los sistemas de bienestar, a causa de su elevada frecuencia y a las complicaciones que pueden generar cuando no se manejan adecuadamente. Ambas condiciones constituyen una de las principales padecimientos crónicos y su coexistencia constituye un problema crítico en bienestar pública (Bhuiyan et al., 2025).

Más del 50% de las personas con diabetes tipo 2 también presentan hipertensión arterial, lo que favorece el desarrollo de daño vascular, afectando órganos como el riñón, el corazón, el cerebro y la retina. Lo anterior se asocia a mayor morbilidad, mortalidad y costos en los sistemas de bienestar, asimismo de afectar la calidad de vida de las personas (Motuma et al., 2023; Qadir, 2025).

El riñón destaca como uno de los órganos más susceptibles al daño, ya que depende en gran medida de la integridad de la microcirculación. El deterioro progresivo puede prevenirse mediante un abordaje integral que combine intervención terapéutica farmacológica con modificaciones en el estilo de vida, adherencia terapéutica y prácticas de autocuidado. No obstante, el grado de manejo varía entre individuos, incluso cuando presentan características clínicas similares.

Desde el punto de vista psicosocial, la manera en que las personas interpretan su padecimiento impacta en su comportamiento frente a ella. Esta interpretación involucra aspectos emocionales y cognitivos que determinan la adherencia a la intervención terapéutica y las decisiones relacionadas con el bienestar. Una percepción negativa se puede relacionar con menor adherencia terapéutica y aumento de complicaciones (Hezam, et al., 2024; Marciano, et al., 2019).

La atención médica ofrece una oportunidad relevante para fortalecer la participación activa del paciente. Sin embargo, en muchos contextos, las estrategias educativas se aplican de forma general, sin considerar las diferencias individuales en la percepción del padecimiento.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la información disponible sobre este tema es limitada, lo que dificulta la implementación de intervenciones más enfocadas en la manera de visualizar la padecimiento. Por ello, resulta pertinente evaluar la percepción de la padecimiento crónica y su relación con el manejo del padecimiento.

II. ANTECEDENTES

Los estudios sobre percepción en pacientes con enfermedades crónicas han mostrado que esta influye directamente en el control clínico y la adherencia al tratamiento. Las representaciones cognitivas y emocionales del paciente condicionan la prescencia del autocuidado (Broadbent, et al., 2022).

En población con enfermedades crónicas se encontraron factores como resiliencia, afrontamiento y control emocional, destacando que una percepción más positiva favorece conductas de autocuidado (Hezam et cl., 2024).

Se ha documentado que dimensiones como la identidad, consecuencias y la ciclicidad se relacionan con un peor control metabólico, mientras que el control personal y la percepción de eficacia del tratamiento se asocia con mejores resultados clínicos (Alreshidi et al., 2023).

A pesar de estos hallazgos, en México existe limitada evidencia sobre la percepción de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, lo que justifica la realización del presente estudio.

III. MARCO TEÓRICO

III.1 CONCEPTO ENFERMEDADES CRÓNICAS

En la población adulta, la hipertensión arterial se considera una enfermedad crónica caracterizada por elevaciones persistentes de la presión arterial, generalmente iguales o superiores a 140/90 mmHg en mediciones clínicas repetidas. Sin embargo, las recomendaciones actuales sugieren complementar el diagnóstico con mediciones fuera del consultorio, como el monitoreo domiciliario o ambulatorio, ya que estas facilitan una evaluación más precisa del perfil tensional del paciente y del riesgo cardiovascular asociado (Whelton, et al 2018; World Health Organization [WHO], 2023).

El desarrollo de la hipertensión arterial es el resultado de la interacción de múltiples elementos, abarcando predisposición genética y condiciones ambientales. Entre los elementos modificables más relevantes se encuentran el consumo elevado de sodio, el sedentarismo, el sobrepeso, el estrés crónico y hábitos alimentarios inadecuados. Estos elementos contribuyen a alteraciones en la función endotelial y al aumento de la resistencia vascular periférica, favoreciendo la elevación sostenida de la presión arterial (Castells BE, 2014; Aminde, et al. 2025).

A diferencia de lo que se consideraba anteriormente, la hipertensión arterial suele ser asintomática en etapas iniciales, por lo que su detección depende en gran medida de la vigilancia clínica. No obstante, en fases avanzadas o en casos de desmanejo severo, pueden presentarse manifestaciones como cefalea, mareo, alteraciones visuales o síntomas neurológicos (European Society of Cardiology. 2024).

En relación con las complicaciones, actualmente se reconoce que la hipertensión arterial mal manejada, incrementa significativamente el riesgo de daño a órganos blanco. Entre las complicaciones agudas destacan las crisis hipertensivas, mientras que a largo plazo se asocia con padecimiento cardiovascular, insuficiencia renal crónica y eventos cerebrovasculares, los cuales constituyen las principales causas de mortalidad en estas personas (WHO, 2023; Burnier, 2019; Ruksakulpiwat, et al. 2024).

En cuanto al seguimiento y manejo, las guías actuales enfatizan la importancia del monitoreo domiciliario de la presión arterial, ya que proporciona información más constitutiva del comportamiento tensional en la vida cotidiana del paciente y facilita una mejor toma de decisiones clínicas en comparación con las mediciones aisladas en el consultorio (International Society of Hypertension, 2022; Kokenge, et al. 2024).

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un padecimiento crónico metabólico caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, derivados principalmente de la resistencia a la insulina y de un deterioro progresivo en la secreción de esta hormona por las células beta pancreáticas. Actualmente, se reconoce que su desarrollo está influenciado por una combinación de elementos genéticos, ambientales y conductuales, entre los que destacan el sobrepeso, la inactividad física y los hábitos alimentarios inadecuados (American Diabetes Association [ADA], 2025; Secretaría de Salud 2022).

El diagnóstico de la DM2 se establece mediante criterios bioquímicos estandarizados, entre los que se abarcan niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) iguales o superiores a 6.5%, glucosa plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl o glucosa ≥ 200 mg/dl en una prueba de tolerancia oral a la glucosa. Estos parámetros facilitan identificar el padecimiento incluso en fases tempranas, antes de la aparición de complicaciones (ADA, 2025).

En la actualidad, el abordaje de la diabetes ha evolucionado hacia un modelo integral centrado en el paciente, en el que no solo se busca el manejo glucémico, sino también la prevención de complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas. En este sentido, las guías recientes enfatizan la importancia de individualizar la intervención terapéutica, considerando características clínicas, comorbilidades y contexto social del paciente (Alrasheeday, 2024; Nascimento, T., et al. 2025).

Entre las complicaciones agudas más relevantes se encuentran la hipoglucemia, la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar, los cuales constituyen situaciones de urgencia médica. Por otro lado, la hiperglucemia crónica se asocia con el desarrollo progresivo de complicaciones microvasculares y macrovasculares, como nefropatía, retinopatía, neuropatía y padecimiento cardiovascular, que constituyen las principales causas de discapacidad y mortalidad en estas personas (International Diabetes Federation 2023).

El manejo de la DM2 requiere la integración de múltiples estrategias terapéuticas, abarcando intervención terapéutica farmacológica, modificaciones en el estilo de vida, educación en bienestar y monitoreo continuo de los niveles de glucosa. Asimismo, se reconoce que el manejo también abarca el afrontamiento, entendido como las estrategias conductuales, emocionales y cognitivas que el paciente utiliza para manejar su padecimiento (Abdelhamid et al., 2025; Alayed, 2026).

En este contexto, el manejo percibido se refiere a la creencia del paciente para influir en su estado de bienestar. Factores como el estado emocional, el contexto social y las actividades diarias impactan en variables como la presión arterial y los niveles de glucosa, lo que plantea la necesidad de considerar la percepción del paciente en su evaluación (Ahmad et al. ,2023; Chrvala , et al. 2016).

III.2 PERCEPCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Los padecimientos crónicos se caracterizan por su curso prolongado, su impacto sostenido en la vida del paciente y la necesidad de un manejo continuo. En la actualidad, se reconocen como condiciones que no solo afectan el estado físico, sino que también modifican dimensiones emocionales, sociales y conductuales del individuo (World Health Organization [WHO], 2023; Maniki, et al. 2024).

Diversos elementos psicosociales impactan en la forma en que las personas enfrentan su padecimiento. Entre ellos destacan el apoyo social, las creencias personales, el nivel de empoderamiento, la autoeficacia y el manejo percibido, los cuales actúan como elementos protectores que favorecen conductas de autocuidado y adherencia terapéutica. Se recomienda empoderar a los pacientes para la toma de decisiones, así como su acompañamiento y apoyo constante (Hagger & Orbell, 2022; Berkman, et al. 2011; Geta, et al. 2024).

Los programas actuales de intervención en personas con padecimientos crónicos han evolucionado hacia enfoques centrados en el paciente, cuyo objetivo es fortalecer la comprensión de la padecimiento, promover la participación activa y favorecer el desarrollo de habilidades para el autocuidado. Sin embargo, la evidencia muestra que muchas personas presentan dificultades para comprender su padecimiento, lo que limita su percepción del riesgo, las consecuencias y su capacidad para modificar conductas (Broadbent et al., 2022; Beck, et al. 2021).

La percepción del padecimiento se define como el conjunto de construcciones cognitivas y emocionales que el paciente construye respecto a su condición de bienestar. Estas construcciones se desarrollan a partir de experiencias personales, información médica recibida y del contexto sociocultural en el que se desenvuelve el individuo, impactando directamente en la forma en

que interpreta su padecimiento y en las decisiones que toma para su manejo (Pacheco, 2011; Leventhal et al., 2021).

En este sentido, la percepción del padecimiento no es estática, sino dinámica, ya que puede modificarse con el tiempo en función de nuevas experiencias, intervenciones educativas y cambios en el estado de bienestar del paciente (Butayeva, et al. 2023; Patail, K., et al. 2025).

Para mejorar la percepción del padecimiento, es fundamental considerar variables psicológicas y sociales como creencias, actitudes, valores y nivel de conocimiento. Estas variables determinan la manera en que el paciente construye su esquema de padecimiento, el cual puede ser adecuado o presentar distorsiones que afecten negativamente su conducta y adherencia al intervención terapéutica (Hagger & Orbell, 2022; Li D., et al. 2024).

Desde una perspectiva histórica, el estudio del padecimiento desde el punto de vista del paciente ha evolucionado desde enfoques centrados en el rol social de la enfermedad hasta modelos más complejos que integran aspectos cognitivos y conductuales. Actualmente, se reconoce que la respuesta del paciente ante la padecimiento está influenciada por múltiples elementos individuales, abarcando edad, género, contexto social y experiencias previas (Doyle, 2013).

Asimismo, las personas con padecimientos crónicos deben adaptarse a cambios en su estilo de vida y a limitaciones funcionales, lo que impacta de manera significativa en su calidad de vida. Este proceso de adaptación requiere no solo intervención terapéutica médica, sino también apoyo emocional y social (Epstein, R. M., 2011; Greene, J.2012; Kolla, et al. 2025).

En la actualidad, los modelos explicativos en psicología de la bienestar han permitido comprender mejor la relación entre percepción y conducta. Entre los

más relevantes destacan el modelo de autorregulación de Leventhal, el modelo de creencias en bienestar y las teorías de conducta planificada, los cuales explican cómo las percepciones impactan en la toma de decisiones relacionadas con la bienestar y en la adopción de conductas de autocuidado (Gallant, M. P. 2003; Leventhal et al., 2021).

III.3 MODELO DE SENTIDO COMÚN O DE AUTORREGULACIÓN DE LA ENFERMEDAD

El modelo de sentido común o modelo de autorregulación de la padecimiento, propuesto por Leventhal, constituye uno de los principales marcos teóricos para comprender la forma en que las personas interpretan y enfrentan su padecimiento. Este modelo plantea que las personas desarrollan construcciones mentales a partir de procesos cognitivos y emocionales, las cuales guían las decisiones relacionadas con el manejo de su bienestar (Leventhal et al., 2021).

Desde esta perspectiva, el paciente no es un sujeto pasivo, sino un agente activo que construye significados sobre su padecimiento a partir de su experiencia, la información recibida y su contexto sociocultural. Estas construcciones impactan directamente en las conductas de afrontamiento, en la adherencia al intervención terapéutica y en la forma en que el individuo se adapta a su condición de bienestar (Kumar, R., et al. 2024; Wang., et al. 2024).

El modelo propone que las construcciones del padecimiento se organizan en diversas dimensiones que facilitan al paciente dar sentido a su padecimiento. Entre estas dimensiones destacan la identidad, la causa, la duración, las consecuencias y el manejo del padecimiento. Posteriormente, se han incorporado elementos adicionales como la coherencia (grado de comprensión) y la construcción emocional, ampliando la capacidad explicativa del modelo (Hagger & Orbell, 2022).

Para la evaluación de estas dimensiones, uno de los instrumentos más utilizados es el Illness Perception Questionnaire (IPQ), así como su versión revisada (IPQ-R), los cuales facilitan identificar la forma en que las personas estructuran su percepción del padecimiento. Este instrumento analiza aspectos como los síntomas percibidos, las creencias sobre el origen de la padecimiento, su evolución y el grado en que el paciente considera que puede manejarla.

El IPQ-R evalúa de manera integral la percepción del padecimiento al considerar la interacción entre sus diferentes dimensiones, lo que facilita obtener un perfil más completo del paciente. En este sentido, las percepciones no deben analizarse de forma aislada, sino como un sistema dinámico que impacta en la conducta y en los resultados clínicos.

La dimensión de identidad se refiere a la manera en que el paciente reconoce y asocia los síntomas con su padecimiento. Esta identificación puede influir en la percepción de gravedad y en la búsqueda de atención médica. Por su parte, la dimensión causal implica las creencias del paciente sobre el origen de su padecimiento, las cuales pueden incluir elementos biológicos, conductuales, emocionales o sociales.

La dimensión de consecuencias hace referencia a la percepción del impacto que el padecimiento tiene en la vida del paciente, abarcando aspectos físicos, sociales y laborales. Esta percepción puede influir en el nivel de preocupación y en la disposición para seguir recomendaciones médicas.

En cuanto al manejo, este se divide en manejo personal y manejo de intervención terapéutica. El primero se relaciona con la creencia del paciente sobre su capacidad para influir en la evolución de su padecimiento, mientras que el segundo se refiere a la confianza en la efectividad de la intervención terapéutica médica. Ambas dimensiones se asocian con una mayor adherencia terapéutica cuando son percibidas de manera positiva.

La coherencia, por otro lado, se refiere al grado de comprensión que el paciente tiene sobre su padecimiento, mientras que la construcción emocional abarca las respuestas afectivas como miedo, ansiedad o preocupación. Estas dimensiones son fundamentales, ya que impactan en la forma en que el paciente enfrenta su condición.

La evidencia reciente ha demostrado que las percepciones del padecimiento impactan significativamente en el manejo clínico de padecimientos crónicos. Percepciones negativas o inadecuadas se asocian con menor adherencia a la intervención terapéutica, peor manejo metabólico y mayor riesgo de complicaciones, mientras que una percepción positiva y un mayor sentido de manejo favorecen conductas de autocuidado y mejores resultados en bienestar (Broadbent et al., 2022).

Asimismo, se ha observado que estas construcciones pueden modificarse mediante intervenciones educativas y estrategias de apoyo psicosocial, lo que resalta la importancia de evaluar la percepción del paciente como parte del manejo integral de padecimientos crónicos (Pratiwi, I. N., et al. 2024).

Diversos estudios recientes han demostrado que la forma en que las personas perciben su padecimiento se asocia de manera significativa con el manejo metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. En general, las personas que atribuyen mayores consecuencias a su padecimiento, identifican un mayor número de síntomas y perciben su padecimiento como impredecible o fluctuante, tienden a presentar un peor manejo glucémico, reflejado en niveles más elevados de hemoglobina glucosilada (HbA1c) (Broadbent et al., 2022; Hagger & Orbell, 2022).

Asimismo, se ha observado que las construcciones emocionales negativas, como la preocupación excesiva, la ansiedad o el temor asociado al padecimiento, se relacionan con un mayor desmanejo metabólico. Estas

respuestas emocionales pueden interferir con la adherencia al intervención terapéutica y con la adopción de conductas de autocuidado, lo que impacta directamente en los resultados clínicos.

En contraste, la percepción de manejo personal ha mostrado una relación inversa con los niveles de HbA1c, lo que indica que las personas que consideran tener mayor capacidad para influir en su padecimiento presentan mejores niveles de manejo glucémico. Este hallazgo resalta la importancia de fortalecer el empoderamiento del paciente como parte del abordaje terapéutico.

Por otro lado, algunas dimensiones como la coherencia de la padecimiento (nivel de comprensión) o la percepción de la intervención terapéutica no siempre muestran una relación consistente con el manejo metabólico, lo que sugiere que la influencia de estas variables puede depender de elementos individuales y contextuales.

En conjunto, la evidencia actual respalda que la percepción de la padecimiento no solo impacta en la experiencia subjetiva del paciente, sino que también tiene un impacto directo en indicadores clínicos objetivos como la HbA1c. En este sentido, las intervenciones dirigidas a modificar percepciones disfuncionales han demostrado ser efectivas para mejorar el autocuidado y el manejo metabólico, lo que subraya la importancia de integrar el componente psicosocial en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (Powers, et al. 2022).

III. 4 CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD REVISADO (IPQ-R)

El cuestionario Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar la percepción que tienen las personas sobre su padecimiento. Este instrumento se fundamenta

en el modelo de autorregulación de Leventhal y facilita analizar las construcciones cognitivas y emocionales que impactan en la conducta del paciente frente a su padecimiento (Leventhal et al., 2021).

El IPQ-R evalúa múltiples dimensiones que estructuran la percepción de la padecimiento, entre las que se abarcan: identidad, causa, duración (aguda/crónica), curso (cíclico), consecuencias, manejo personal, manejo del intervención terapéutica, coherencia y constituyeción emocional. Estas dimensiones facilitan comprender cómo el paciente interpreta su padecimiento y cómo estas interpretaciones impactan en su comportamiento y adherencia terapéutica (Petrie, et al. 2014).

El instrumento se organiza en tres secciones principales. La primera corresponde a la dimensión de identidad, en la que se exploran los síntomas que el paciente asocia con su padecimiento. La segunda sección evalúa las construcciones cognitivas y emocionales, abarcando percepciones sobre la duración, el impacto, el manejo y la comprensión del padecimiento. Finalmente, la tercera sección aborda las creencias causales, en las que el paciente atribuye el origen de su padecimiento a elementos biológicos, conductuales, emocionales o sociales.

A diferencia de enfoques tradicionales, el IPQ-R facilita analizar la percepción de la padecimiento como un sistema integrado, donde las diferentes dimensiones interactúan entre sí y configuran un perfil individual del paciente. Este enfoque facilita la identificación de percepciones disfuncionales que pueden interferir con el autocuidado y el manejo clínico.

Posteriormente, se desarrolló una versión abreviada del instrumento, conocida como Brief-IPQ, la cual facilita una evaluación más rápida manteniendo una adecuada validez y utilidad en contextos clínicos y de investigación. Esta versión ha sido ampliamente utilizada en estudios recientes a causa de su

facilidad de aplicación y su capacidad para evaluar de manera global la percepción del paciente (Broadbent et al., 2022).

En la actualidad, el IPQ-R ha sido adaptado y validado en múltiples idiomas y contextos culturales, lo que respalda su uso en diversas poblaciones. Su aplicación se ha extendido a diferentes padecimientos crónicos, abarcando diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, padecimientos cardiovasculares y trastornos respiratorios, lo que demuestra su versatilidad como herramienta de evaluación.

Además, la evidencia reciente ha demostrado que los resultados obtenidos mediante este instrumento se asocian con variables clínicas relevantes, como la adherencia al intervención terapéutica, el manejo metabólico y la calidad de vida del paciente, lo que refuerza su utilidad en la práctica clínica y en la investigación en bienestar.

III. 5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez y confiabilidad del cuestionario Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) han sido ampliamente evaluadas en diferentes poblaciones con padecimientos crónicos, demostrando propiedades psicométricas adecuadas para su uso en investigación clínica y en contextos de atención en bienestar.

Diversos estudios han reportado que el IPQ-R presenta una adecuada consistencia interna, generalmente evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con valores que indican una alta fiabilidad en sus diferentes dimensiones. Asimismo, su estructura factorial ha sido confirmada en múltiples investigaciones, lo que respalda la estabilidad del constructo que evalúa (Broadbent et al., 2022).

En cuanto a su validez de constructo, el instrumento ha mostrado una adecuada capacidad para medir las constituciones cognitivas y emocionales de la padecimiento, evidenciando coherencia entre sus dimensiones teóricas y los resultados empíricos obtenidos en distintos estudios. Estas propiedades han sido corroboradas mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios en diversas poblaciones clínicas.

La estructura del IPQ-R abarca múltiples dimensiones que, aunque interrelacionadas, constituyen aspectos específicos de la percepción de la padecimiento. Entre estas destacan el manejo, la constitución emocional, la duración, el curso y la coherencia, las cuales explican una proporción significativa de la varianza en la percepción del paciente (Rivera, 2024).

En estudios recientes, se ha identificado que la dimensión de manejo suele explicar una mayor proporción de la varianza, seguida de las dimensiones emocionales y de duración de la padecimiento, lo que pone de manifiesto la importancia de estas variables en la forma en que las personas interpretan su condición de bienestar (Hagger & Orbell, 2022).

Por otro lado, la sección que corresponde a las causas de la padecimiento también ha mostrado una adecuada estructura factorial, agrupando las creencias del paciente en diferentes categorías, como elementos conductuales, emocionales, biológicos y sociales. Esta clasificación facilita comprender de manera más integral los significados que las personas atribuyen a su padecimiento.

La consistencia interna de estas dimensiones ha sido reportada como alta en la mayoría de los estudios, lo que indica que los ítems que conforman cada subescala miden de manera homogénea el constructo de interés. Además, las correlaciones entre las dimensiones del instrumento reflejan una adecuada relación teórica, sin perder la independencia conceptual de cada componente.

En la actualidad, el IPQ-R continúa siendo un instrumento válido y confiable para evaluar la percepción de la padecimiento, siendo ampliamente utilizado en estudios sobre diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y otras padecimientos crónicas. Su aplicación facilita identificar áreas de oportunidad en el manejo del paciente, especialmente en relación con el autocuidado, la adherencia terapéutica y el manejo clínico.

El cuestionario IPQ-R ha demostrado adecuados niveles de consistencia interna en diferentes poblaciones con padecimientos crónicos. Los coeficientes alfa de Cronbach reportados en la literatura varían entre 0.70 y 0.90 en la mayoría de sus dimensiones, lo que indica una fiabilidad aceptable a alta del instrumento. En particular, las subescalas relacionadas con la constitución emocional y el manejo suelen presentar los valores más elevados, mientras que dimensiones como el curso cíclico o el manejo de la intervención terapéutica pueden mostrar valores moderados, sin comprometer la validez del instrumento (Broadbent et al., 2022; Hagger & Orbell, 2022).

A partir de la interacción entre las dimensiones evaluadas, se han descrito diferentes patrones de constitución de la padecimiento que reflejan la forma en que las personas interpretan su condición. En este sentido, es posible identificar tres formas generales de constitución:

1. Modelo de padecimiento aguda, caracterizado por la percepción de una duración limitada, causas específicas y un impacto relativamente bajo en la vida del paciente.
2. Modelo de padecimiento crónica, en el cual el paciente reconoce la persistencia de la padecimiento, la presencia de múltiples elementos asociados y la existencia de consecuencias significativas en su vida cotidiana.
3. Modelo de padecimiento cíclica, que se distingue por la percepción de variabilidad en los síntomas, con periodos alternantes de mejoría y exacerbación.

Estos modelos reflejan diferentes formas de comprender la padecimiento y tienen implicaciones directas en la conducta del paciente, especialmente en lo relacionado con el autocuidado, la adherencia al intervención terapéutica y la toma de decisiones en bienestar.

En conjunto, la evidencia actual respalda que el IPQ-R es un instrumento válido y confiable para evaluar la percepción de la padecimiento en personas con padecimientos crónicas, ya que facilita identificar patrones de pensamiento que impactan en el manejo clínico y en la evolución de la padecimiento (Hagger & Orbell, 2022).

IV. HIPÓTESIS

Ha: Existe relación entre la percepción de la enfermedad y el control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Ho: No existe relación entre la percepción de la enfermedad y el control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Ha: Existe relación entre la percepción de la enfermedad y el control de la enfermedad en pacientes con hipertensión arterial.

Ho: No existe relación entre la percepción de la enfermedad y el control de la enfermedad en pacientes con hipertensión arterial.

V. OBJETIVOS

V.I OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y su relación con el control de la enfermedad.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de la población con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.
2. Determinar la percepción de la enfermedad en sus dimensiones: identidad, control personal, control del tratamiento, factor emocional, duración, curso, coherencia, consecuencias y causas.
3. Determinar el control glucémico (glucosa en ayuno y posprandial).
4. Determinar el control de la presión arterial.

VI. METODOLOGÍA

VI.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio correlacional, de tipo transversal, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en El Marqués, Querétaro, durante el periodo comprendido de julio a diciembre de 2018.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para estudios de correlación, considerando un coeficiente de correlación esperado (r) de 0.3, un nivel de confianza del 95%, un poder estadístico del 80% y una probabilidad de pérdidas del 20%, obteniendo un total de 106 pacientes.

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$N = 3 + K / C^2$$

Donde:

$$K = (Z\alpha + Z\beta)^2 = 9.785$$

$$C = 0.5 \ln (1 + r / 1 - r)$$

N=número de sujetos de estudio que se necesitan para demostrar la correlación

r= coeficiente de correlación esperado 0.3. 20% de posibles pérdidas

$$C=0.5\ln (1+r)(1-r)= 0.5 \ln (1+0.3)(1-0.3)$$

$$C= 0.5\ln 1.3/0.7$$

$$C= 0.5\ln (1.857)$$

$$C= (0.5)(0.618)$$

$$C=0.309$$

$$N=3 + 9.785/(0.309)^2$$

$$N= 3+9.785/0.095$$

$$N=3+103 = 106$$

La técnica de muestreo fue aleatoria, seleccionando pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

VI.2 POBLACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edades entre 20 y 70 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, con al menos un año de evolución de ambas enfermedades. Se excluyeron pacientes sin vigencia en el sistema de salud, aquellos que no acudieron a consulta durante el periodo de estudio y quienes no aceptaron participar.

Se eliminaron los pacientes con información incompleta en la hoja de recolección de datos o que decidieron abandonar el estudio.

VI.3 VARIABLES E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Las variables estudiadas incluyeron:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.
- Variables clínicas: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.
- Variables de percepción de la enfermedad: identidad, causa, duración, curso, consecuencias, control personal, control del tratamiento, coherencia y factor emocional.

VI.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La percepción de la enfermedad se evaluó mediante el cuestionario IPQ-R (Illness Perception Questionnaire-Revised), instrumento validado que mide dimensiones cognitivas y emocionales relacionadas con la representación de la enfermedad.

El IPQ-R utiliza una escala tipo Likert y ha demostrado adecuada validez y confiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90.

Para evaluar el control de la enfermedad, se consideraron:

- Niveles de glucosa en ayuno y posprandial
- Cifras de presión arterial

VI.5 PROCEDIMIENTO

Primero: Se aplicó el cuestionario a un grupo piloto de 15 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, con el fin de validar su comprensión.

Segundo: Tras la aprobación del protocolo por el comité correspondiente y la obtención del registro institucional, se solicitó autorización a la dirección de la unidad médica para la recolección de la información.

Tercero: A partir de la lista de pacientes citados, se realizó la selección mediante números aleatorios. En caso de no cumplir con los criterios de inclusión, se seleccionó al siguiente paciente.

Cuarto: Se explicó a los participantes el objetivo del estudio y, previo consentimiento informado, se aplicó el cuestionario y la hoja de recolección de datos durante la consulta.

Quinto: Se recopilaron los valores de glucosa en ayuno y posprandial correspondientes a los últimos seis meses, así como las cifras de presión arterial.

Sexto: Los datos fueron capturados en una base de datos en Excel y posteriormente analizados mediante el software estadístico SPSS versión 20.

VI.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico incluyó medidas descriptivas como frecuencias, porcentajes, promedios, intervalos de confianza y desviación estándar.

Para el análisis inferencial, se utilizó la prueba de correlación de Spearman para variables ordinales y la prueba de Cramer para variables nominales.

VI.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio ha tenido en cuenta las normas éticas vigentes al presentarse ante el comité de investigación de salud local, que se encargará de su revisión, evaluación y aprobación. La información recopilada será utilizada solamente para alcanzar los objetivos de la investigación.

Se ha cumplido con lo que dice el artículo 11 de la Declaración de Helsinki, publicada en 2013, que subraya la responsabilidad de resguardar la vida, la salud, la dignidad, la integridad y el derecho a autodeterminarse; además, el deber de proteger la privacidad y mantener en secreto los datos personales de quienes participan en el estudio. Asimismo, el artículo 23 de la declaración resalta lo importante que es proteger la privacidad y confidencialidad de la información de los participantes mientras se intenta reducir las consecuencias físicas y mentales que puedan surgir como resultado del estudio.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, ya que consistió en la aplicación de un cuestionario sobre percepción de la enfermedad y en la revisión de información clínica contenida en el expediente médico de los participantes. No se realizaron intervenciones diagnósticas o terapéuticas adicionales ni se modificó el tratamiento habitual de los pacientes. La información obtenida fue utilizada

exclusivamente con fines de investigación y no influyó en la atención médica proporcionada a los derechohabientes.

Se consideraron los siguientes principios éticos para la investigación en salud:

1. Autonomía: Se respetó la libertad de decisión de los participantes para aceptar o rechazar su inclusión en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Asimismo, se les informó que podían retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que ello afectara la atención médica recibida en la institución.

2. Beneficencia: La información obtenida contribuirá a comprender la relación entre la percepción de la enfermedad y el control glucémico y tensional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, permitiendo generar evidencia útil para el diseño de estrategias educativas orientadas al fortalecimiento del autocuidado y la adherencia terapéutica.

3. No maleficencia: El estudio fue de carácter observacional y no implicó modificaciones en el tratamiento ni en las condiciones clínicas de los participantes. Por lo tanto, no representó riesgos físicos, psicológicos o sociales adicionales a los de la atención médica habitual. Durante todo el proceso se garantizó la privacidad, confidencialidad e integridad de la información.

4. Justicia: La selección de los participantes se realizó de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos en el protocolo de investigación, sin discriminación por sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, nivel socioeconómico o cualquier otra condición personal. Todos los participantes recibieron un trato equitativo y respetuoso durante el estudio. Asimismo, se garantizó la confidencialidad de la información y el respeto a su dignidad y voluntariedad, pudiendo retirarse de la investigación en cualquier momento sin repercusiones en la atención médica recibida.

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la relación entre la percepción de la enfermedad y el control glucémico y tensional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, con el propósito de generar

evidencia que contribuya al desarrollo de intervenciones educativas orientadas a mejorar el autocuidado, la adherencia al tratamiento y el control de estas enfermedades crónicas.

VII. RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario sobre percepción a 108 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. La edad promedio fue de 55.31 años (IC 95%: 52.76–57.87), con un promedio de evolución de 11.25 años para diabetes mellitus tipo 2 y 11.8 años para hipertensión arterial. Se observó predominio del sexo femenino (60.2%), estado civil casado (65.6%) y escolaridad primaria (44.4%) (Cuadro IV.1).

La causa que relacionaron los pacientes con el inicio de su enfermedad y que por consiguiente se presentó con mayor frecuencia fue la dieta o hábitos alimenticios, seguido por estrés y genética. (Cuadro IV.2)

En el análisis de correlación entre los niveles de glucosa y las variables de percepción de la enfermedad, se encontró correlación positiva entre glucosa e identidad ($r = 0.328$; $p = 0.001$) y una correlación positiva entre glucosa y ciclicidad ($r = 0.554$; $p = 0.000$). Asimismo, se observaron correlaciones negativas entre glucosa y Control del tratamiento ($r = -0.231$; $p = 0.016$), control personal ($r = -0.508$; $p = 0.000$) y con factor emocional ($r = -0.200$; $p = 0.038$). No se encontró relación significativa entre los años de evolución y las variables de percepción (Cuadro IV.3).

En cuanto a la presión arterial, se identificaron las siguientes correlaciones. Las cifras de tensión arterial sistólica mostraron correlación positiva con identidad ($r = 0.371$; $p = 0.000$) y una correlación positiva con ciclicidad ($r = 0.519$; $p = 0.000$).

Se mostraron correlaciones negativas con control del tratamiento ($r = -0.215$; $p = 0.025$), control personal ($r = -0.510$; $p = 0.000$) y coherencia ($r = -0.212$; $p = 0.028$). Resultados similares se observaron para la tensión arterial diastólica (Cuadro IV.4).

En el análisis de correlación entre las variables de percepción de la enfermedad, se observó que la identidad presentó correlación positiva con ciclicidad y negativa con coherencia, control personal y control del tratamiento. La ciclicidad mostró correlación negativa con control personal ($r = -0.765$) y con control del tratamiento ($r = -0.423$). La variable consecuencias presentó correlación negativa con control personal y factor emocional. El control del tratamiento, control personal y coherencia mostraron correlaciones positivas entre sí. (Cuadro IV.5)

Cuadro VII.1 Frecuencia según características sociodemográficas. n = 108

Variables sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sexo				
Femenino	65	60.2	51.9	70.4
Masculino	43	39.8	29.6	48.1
Estado civil				
Soltero	15	13.9	7.4	21.3
Casado	73	67.6	59.3	76.9
unión libre	13	12.0	6.5	18.5
Viudo	7	6.5	2.8	12.0
Escolaridad				
Analfabeto	14	13.0	7.4	19.4
Primaria	48	44.4	35.2	53.7
Secundaria	30	27.8	19.4	37
Bachillerato	15	13.9	7.4	20.4
Licenciatura	1	0.9	.0	2.8
Ocupación				
Obrero	41	38.0	28.7	47.2
Jubilado	2	1.9	.0	4.6

Empleado	22	20.4	13	28.7
Ama de Casa	36	33.3	25	42.6
Campesino	7	6.5	2.8	12
Promedio				
Edad (años)		55.31	52.76	57.87
Años de evolución DM2		11.25	9.79	12.71
Años de evolución HTA		11.8	10.31	13.45

Fuente: Cuestionario aplicados a pacientes con HTA y DM2, de la UMF8 IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro VII. 2. Principales causas percibidas por los pacientes.

n =108

CAUSAS	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Estrés o preocupaciones	12.8	13
Hereditario	11.4	12.31
Microbio o Virus	-	-
Dieta o hábitos alimenticios	15.3	16
Casualidad o mala suerte	3.5	3.78
Atención medica deficiente	5.0	5.4
Contaminación ambiental	-	-
Mi propia conducta	5.7	6.15
Mi actitud mental	2.1	2
Problemas familiares	9.6	10.36
Exceso de trabajo	9.2	10.36
Mi estado emocional	4.2	4.53
Edad /envejecimiento	4.2	4.53
Alcohol	2.71	2.92
Tabaco	1.07	1
Accidente o lesión	2.80	3.02
Mi personalidad	5.3	5.72
Alteración de la inmunidad	6.4	6.91

Fuente: Cuestionario aplicados a pacientes con HTA y DM2, de la UMF8 IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro VII.3 Correlación entre control glucosa y años de evolución con variables de percepción de la enfermedad. n= 108

Correlación entre control glucosa y años de evolución con variables de percepción de la enfermedad				
Variables de Percepción	Glucosa		Años de evolución	
	r	P	r	p
Identidad	.328	.001	.171	.077
Ciclicidad	.554	.000	.106	.277
Consecuencias	.160	.098	-.082	.398
cronología	.001	.988	-.011	.908
Control tratamiento	-.231	.016	.110	.257
Control personal	-.508	.000	-.008	.937
Factor emocional	-.200	.038	-.066	.500
Coherencia	-.172	.076	.005	.962

Fuente: Cuestionario aplicados a pacientes con HTA y DM2, de la UMF8 IMSS, delegación Querétaro. Prueba estadística correlación de Spearmen con nivel de confianza 95%.

Cuadro VII.4 Correlación entre control de presión arterial y variables de percepción de la enfermedad. n= 108

Correlación entre control de presión arterial y variables de percepción de la enfermedad						
Variables de Percepción	Tensión Sistólica		Tensión Diastólica		Años de evolución	
	r	p	r	p	r	p
Identidad	.371	.000	.344	.000	.171	.077
Ciclicidad	.519	.000	.472	.000	.106	.277
Consecuencias	.186	.053	.249	.009	-.082	.398
cronología	.061	.530	-.023	.817	.011	.908
Control tratamiento	-.215	.025	-.204	.035	.110	.257

Control personal	-.510	.000	-.488	.000	-.008	.937
Factor emocional	-.130	.180	-.105	.277	-.100	.303
Coherencia	-.212	.028	-.184	.057	.005	.962

Fuente: Cuestionario aplicados a pacientes con HTA y DM2, de la UMF8 IMSS, delegación Querétaro.
Prueba estadística correlación de Spearmen con nivel de confianza 95%.

Cuadro VII.5 Correlación entre variables de percepción

n= 108

Correlación entre variables de percepción								
Variables de percepción	Identidad	Ciclicidad	Conse cuencia	Cronología	Control tratamiento	Control personal	Factor emocional	Coheren cia
Identidad								
r	1	.407	.127	.063	-.381	-.334	-.143	-.570
p		.000	.192	.519	.000	.000	.139	.000
Ciclicidad								
r	.407	1	.219	.069	-.423	-.765	-.193	-.229
p	.000		.023	.481	.000	.000	.045	.017
Consecuencia								
r	.127	.219	1	-.137	-.015	.296	.354	.066
p	.192	.023		.157	.876	.002	.000	.497
Cronología								
r	.063	.069	-.137	1	-.001	.151	-.013	-.143
p	.519	.418	.157		.993	.119	.897	.139
C. tratamiento								
r	-.318	-.423	-.015	-.001	1	.479	.198	.459
p	.0000	.000	.876	.993		.000	.040	.000
C. personal								
r	-.334	-.765	-.296	.151	.479	1	.184	.097
p	.000	.000	.002	.119	.000		.056	.319
F. emocional								
r	-.143	-.193	.354	-.013	.196	.184	1	.296
p	.139	.045	.000	.897	.040	.056		.002
Coherencia								
r	-.570	-.229	.066	-.143	.459	.097	.296	1

p	.000	.017	.497	.139	.000	.319	.002
---	------	------	------	------	------	------	------

Fuente: Cuestionario aplicados a pacientes con HTA y DM2, de la UMF8 IMSS, delegación Querétaro. Prueba estadística correlación de Spearmen con nivel de confianza 95%.

VIII.DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que las dimensiones de la percepción de la enfermedad, particularmente la identidad y la ciclicidad, se asocian con un peor control metabólico y de presión arterial. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura reciente. En este sentido, Broadbent et al. (2022) señalan que una mayor percepción de síntomas (identidad) y una representación más amenazante de la enfermedad se relacionan con peores resultados en salud, incluyendo menor adherencia al tratamiento.

Por otro lado, las dimensiones de control personal y control del tratamiento mostraron correlaciones negativas con los niveles de glucosa y presión arterial, lo que sugiere que los pacientes que perciben mayor capacidad para influir en su enfermedad logran un mejor control clínico. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Broadbent et al. (2022), quienes señalan que una mayor percepción de control se asocia con mejores conductas de autocuidado y mayor adherencia terapéutica.

De manera similar, el metaanálisis realizado por Hagger y Orbell (2022) demuestra que las percepciones negativas de la enfermedad, particularmente aquellas relacionadas con consecuencias, identidad y control, influyen de forma significativa en la conducta del paciente y en el manejo de enfermedades crónicas. Estos autores destacan que una mayor percepción de gravedad y variabilidad de la enfermedad se asocia con conductas menos adaptativas.

En relación con la dimensión de ciclicidad, los resultados del presente estudio concuerdan con lo descrito por Kardas et al. (2022), quienes reportaron que la percepción de la enfermedad como inestable o impredecible se relaciona

con menor adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Esto puede explicarse porque la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad dificulta la adopción de conductas de autocuidado sostenidas.

En cuanto a la coherencia, los resultados sugieren que un menor nivel de comprensión de la enfermedad se asocia con un peor control de la presión arterial. Este resultado coincide con lo descrito por Dempster et al. (2022), quienes señalan que una menor comprensión del padecimiento se relaciona con menor adherencia terapéutica y peores resultados en salud. En este sentido, se refuerza la importancia de la educación en salud como estrategia fundamental para mejorar el control clínico en pacientes con enfermedades crónicas.

Por otro lado, el hallazgo de que el control personal se asocia con mejores niveles de glucosa y presión arterial coincide con lo reportado por Masmoudi et al. (2023), quienes encontraron que una mayor percepción de control sobre la enfermedad se relaciona con menor distrés y mejor adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Esto refuerza la importancia del empoderamiento del paciente en el manejo de enfermedades crónicas.

En cuanto a las causas percibidas, los participantes identificaron factores como hábitos alimenticios, estrés y herencia, lo cual es congruente con lo descrito por Kwakye et al. (2025), quienes señalan que los pacientes tienden a construir explicaciones multifactoriales que integran elementos biomédicos y psicosociales, lo que influye directamente en su comportamiento en salud.

Asimismo, el componente emocional mostró una relación relevante con el control clínico. Al igual se observó una correlación negativa con los niveles de glucosa, lo que podría interpretarse como que una mayor preocupación o respuesta emocional favorece el autocuidado. Este hallazgo puede interpretarse a la luz de lo reportado por Dempster et al. (2022), quienes señalan que las respuestas emocionales pueden influir tanto positiva como negativamente en la

adherencia al tratamiento, dependiendo del contexto y del significado que el paciente atribuya a su enfermedad.

En conjunto, estos resultados confirman que la percepción de la enfermedad es un determinante importante del control metabólico y tensional, lo cual coincide con la evidencia actual que reconoce el papel de los factores cognitivos y emocionales en el manejo de enfermedades crónicas.

IX. CONCLUSIÓN

La percepción de la enfermedad se relaciona de manera significativa con el control glucémico y tensional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

Las dimensiones de identidad y ciclicidad mostraron una relación positiva con el descontrol metabólico, lo que indica que los pacientes que perciben mayor número de síntomas y variabilidad en su enfermedad presentan niveles más elevados de glucosa y presión arterial.

Por otro lado, las dimensiones de control personal y control del tratamiento se asociaron de manera negativa con los niveles de glucosa y presión arterial, lo que sugiere que una mayor percepción de control sobre la enfermedad y confianza en la efectividad del tratamiento se relacionan con un mejor control metabólico y tensional.

Asimismo, la coherencia se relacionó con un mejor control de la presión arterial, lo que resalta la importancia de la comprensión de la enfermedad en el autocuidado del paciente.

Estos hallazgos confirman que la percepción de la enfermedad constituye un factor determinante en el control de enfermedades crónicas, ya que influye en

la conducta del paciente, su adherencia terapéutica y su capacidad de afrontamiento.

En este sentido, se acepta la hipótesis de investigación, al demostrarse la existencia de relación entre la percepción de la enfermedad y el control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

X. PROPUESTAS

El conocimiento de la percepción de la enfermedad permite diseñar intervenciones educativas dirigidas y personalizadas, orientadas a mejorar el autocuidado y el control de enfermedades crónicas.

Se recomienda implementar la evaluación sistemática de la percepción de la enfermedad mediante el cuestionario IPQ-R en la práctica clínica, con el fin de identificar áreas de oportunidad en el manejo del paciente.

Asimismo, se sugiere desarrollar programas educativos enfocados en fortalecer el control personal, mejorar la comprensión de la enfermedad (coherencia) y modificar percepciones negativas que puedan interferir en la adherencia terapéutica.

De igual forma, es recomendable capacitar al personal de salud en el abordaje psicosocial del paciente, integrando la percepción de la enfermedad como parte del manejo integral.

Finalmente, se propone realizar estudios futuros que permitan evaluar intervenciones basadas en la percepción del paciente y su impacto en el control metabólico y tensional.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Abdelhamid, Z. G., et al. (2025). Medication adherence and illness perception among patients with diabetes. *Patient Preference and Adherence*.

Ahmad, F., et al. (2023). Self-care practices and their role in glycemic control among patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 200, 110654.

Alayed, K., et al. (2026). Association between diabetes knowledge and medication adherence among patients with diabetes. *Journal of Diabetes Research*.

Alrasheeday, A. M., et al. (2024). Perceived barriers to healthy lifestyle adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Patient Preference and Adherence*.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S1–S352.

Aminde, L. N., et al. (2025). Global prevalence of antihypertensive medication non-adherence: A meta-analysis. *Hypertension Research*.

Beck, J., et al. (2021). National standards for diabetes self-management education. *The Diabetes Educator*, 47(1), 1–17.

Berkman, N. D., et al. (2011). Low health literacy and health outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140.

Butayeva, J., et al. (2023). Impact of health literacy interventions on glycemic control. *BMJ Open*, 13, e068452.

Chrvala, C. A., et al. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–943.

Chunhua, M., Ying, Z., Wei, Z., & Chunfeng, H. (2014). Motivational interviewing in hypertension care. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 231–237. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.011>

Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2022). Illness perceptions and health outcomes. *Psychology & Health*.

Doyle, C., et al. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103.

European Society of Cardiology. (2024). *ESC guidelines for the management of arterial hypertension*. European Heart Journal.

Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170–195.

Geta, E. T., et al. (2024). Shared decision-making and glycemic control: A systematic review. *Diabetes Therapy*.

Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520–526.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Health Psychology Review*.

Hezam, A. A. M., et al. (2024). The connection between hypertension and diabetes. *Journal of Research in Medical Sciences*.

Hudson, J. L., Bundy, C., Coventry, P. A., & Dickens, C. (2014). Exploring the relationship between illness perceptions and self-care in diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(4), 265–274.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.004>

International Society of Hypertension. (2022). Global hypertension practice guidelines.

Kardas, P., Lewek, P., & Matyjasczyk, M. (2022). Illness perception and adherence in hypertension. *Patient Preference and Adherence*.

Kokenge, M. C., et al. (2024). Factors influencing adherence to antihypertensive medication: A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 24, 89.

Kolla, S. C., et al. (2025). Evaluation of medication adherence and treatment outcomes in type 2 diabetes mellitus patients using oral hypoglycemic agents.

European Journal of Cardiovascular Medicine, 15(7), 591–598.

Kucukarslan, S. N. (2012). A review of patients' illness perceptions and medication adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(5), 371–382.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.09.002>

Kumar, R., et al. (2024). Patients' perceptions regarding self-care management among individuals with type 2 diabetes. *BMC Public Health*, 24, 1123.

International Diabetes Federation. (2023). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.).

Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2021). The common-sense model of self-regulation. *Journal of Behavioral Medicine*.

Li, D., et al. (2024). Association between perceived quality of care, self-care behaviors, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 2024, 1–10.

Maniki, P. T., et al. (2024). Patient-centered interventions to improve adherence in hypertension. *International Journal of Hypertension*.

Marciano, L., et al. (2019). Health literacy and diabetes outcomes: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 1007–1017.

Masmoudi, R., et al. (2023). Illness perception and diabetes distress. *Diabetes Research and Clinical Practice*.

Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4(2), 115–135.

Motuma, A. M., et al. (2023). Co-occurrence of hypertension and type 2 diabetes. *Frontiers in Public Health*.

Nascimento, T., et al. (2025). Medication adherence and glycemic control in older adults with type 2 diabetes. *Clinical Sciences*, 6(5), 33.

Pacheco, H. V. (2011). Medición de la percepción de la enfermedad en pacientes crónicos (Tesis doctoral).

Patail, K., et al. (2025). Patient perceptions and experiences of mobile health applications in diabetes management: A systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*.

Petrie, K. J., Weinman, J., et al. (2014). The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R): Development and validation. *Psychology & Health*, 29(1), 1–16.

Powers, M. A., et al. (2022). Diabetes self-management education and support in adults. *Diabetes Care*, 45(Suppl. 1), S144–S153.

Pratiwi, I. N., et al. (2024). Family support and collaborative management in diabetes care: A systematic review. *Nursing Open*, 11(1), 55–67.

Rivera E, Levoy K, Park C, Villalobos A, Martin P, Jung Kim M, Hirschman KB. Internal consistency reliability of the Revised Illness Perceptions Questionnaire: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *J Health Psychol*. 2024 Jun;29(7):734-746.

Ruksakulpiwat, S., et al. (2024). Medication adherence among older adults with hypertension: A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 18, 45–60.

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO.

Secretaría de Salud. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. México.

Wang, H. M., et al. (2024). Effects of educational interventions on blood pressure control. *Journal of Clinical Hypertension*, 26(2), 210–2

Whelton, P. K., et al. (2018). 2017 ACC/AHA guideline for high blood pressure. *Hypertension*, 71(6), e13–e115.

World Health Organization. (2023). Guideline for the pharmacological treatment of hypertension.

XII. ANEXOS

XII.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Querétaro

Unidad de Medicina Familiar No 08

Medición de representación de la enfermedad en paciente diabético e hipertenso

Folio _____

Nombre _____

Número de Afiliación _____

Diagnóstico _____

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación
	1= Hombre	1= Soltero	1= Sin Escuela	1= Obrero
	2= Mujer	2= Casado	2= Primaria	2= Profesionistas
		3= Unión Libre	3= Secundaria	3= Empleado
		4= Viudo	4= Preparatoria	4= Ama de casa

		5= Divorciado	5= Universidad	
--	--	---------------	----------------	--

Años de evolución	
1 año	1
2-5 años	2
5-10 años	3
10 -15 años	4
15 años o mas	5

Variable sobre percepción	Respuesta
identidad	
causa	
Factor emocional	
Línea de tiempo agudo/crónico	
Línea de tiempo cíclico	
Consecuencias	
Control personal	
Control del tratamiento	
Comprensión o coherencia	

	Parámetros controlados	
	si	no
Presión arterial		
Glucosa capilar		

XII. 2 LLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R)

Nombre_____

fecha_____

A continuación, se enumeran una serie de síntomas que usted puede o no haber experimentado desde su enfermedad. Indique Sí o No, si ha experimentado cualquiera de estos síntomas y si usted cree que estos síntomas están relacionados con su enfermedad.

	He experimentado este síntoma desde mi enfermedad		Este síntoma está relacionado con Mi enfermedad	
Dolor	si	no	si	no
Dolor de garganta	si	no	si	no
Nauseas	si	no	si	no
Sensación de ahogo o falta de aire	si	no	si	no
Fatiga(cansancio)	si	no	si	no

Pérdida de peso	si	no	si	no
Articulaciones rígidas (cuesta moverlas)	si	no	si	no
Irritación de los ojos	si	no	si	no
Dificultad para respirar	si	no	si	no
Dolor de cabeza	si	no	si	no
Molestias en el estomago	si	no	si	no
Dificultad para dormir	si	no	si	no
mareos	si	no	si	no
Pérdida de fuerza	si	no	si	no

Estamos interesados en su propia opinión personal de cómo usted ve ahora sus enfermedades.

Por favor indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones marcando la casilla correspondiente.

	VISTAS SOBRE SU ENFERMEDAD	<i>muy en desacuerdo</i>	<i>en desacuerdo</i>	<i>ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>de acuerdo</i>	<i>Y muy de acuerdo</i>
1	Mi enfermedad durará poco tiempo					
2	Es más probable que mi enfermedad					

	sea permanente (para siempre)					
3	Mi enfermedad durará mucho tiempo					
4	Mi enfermedad pasará rápidamente					
5	Pienso que tendré esta enfermedad el resto de mi vida					
6	Mi “enfermedad” es una enfermedad grave					
7	Mi enfermedad tiene consecuencias importantes sobre mi vida					
8	Mi enfermedad no influye demasiado en mi vida					
9	Mi enfermedad afecta mucho la manera que me ven los demás					
10	Mi enfermedad tiene muchas consecuencias económicas (por ej. Gastos de dinero o repercusiones en el					

	trabajo					
11	Mi enfermedad causa dificultades a los que me rodean (familiares, amigos cercanos)					
12	Hay muchas cosas que puedo hacer para controlar mis síntomas					
13	Lo que yo haga puede hacer que mi enfermedad mejore.					
14	La evolución de mi enfermedad depende de mi					
15	Nada de lo que yo haga afectara mi enfermedad					
16	Tengo la capacidad de influir en mi enfermedad para mejorar mi enfermedad					
17	Mis acciones no afectarán la evolución de mi enfermedad					
18	Mi enfermedad mejorará con el tiempo					

19	Hay muy pocas cosas que se pueden hacer para mejorar mi enfermedad					
20	Mi tratamiento será eficaz para curar mi enfermedad					
21	Los efectos negativos de mi enfermedad se pueden prevenir con mi tratamiento.					
22	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad					
23	No hay nada que pueda mejorar mi enfermedad					
24	Para mí, los síntomas de enfermedad son difíciles de entender					
25	Mi enfermedad es un misterio para mi					
26	No entiendo mi enfermedad					
27	No comprendo la causa de mi enfermedad					
28	Comprendo en que					

	consiste mi enfermedad					
29	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro					
30	Mis síntomas van y vienen por temporadas					
31	Mi enfermedad es muy impredecible (no sé qué pasará)					
32	Mi enfermedad mejora y empeora por temporadas					
33	Me deprimó cuando pienso en mi enfermedad					
34	Me produce ansiedad pensar en mi enfermedad					
35	Mi enfermedad hace que me sienta enojado(a)					
36	Mi enfermedad no me preocupa					
37	Tener esta enfermedad me produce ansiedad (me pone nervioso)					
38	Mi enfermedad					

	hace que me sienta temerosos (asustado)					
--	---	--	--	--	--	--

CAUSAS DE MI ENFERMEDAD

Estamos interesados en lo que considera que puede haber sido la causa de su enfermedad. Como la gente es muy diferente, no hay una respuesta correcta para esta pregunta. Estamos muy interesados en su propia opinión sobre los factores que causaron su enfermedad en lugar de lo que le sugieren otras personas, incluyendo médicos o familiares. A continuación, se muestra una lista de las posibles causas de su enfermedad. Por favor, indique cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con las causas que usted considera marcando la casilla apropiada.

	CAUSAS POSIBLES	<i>muy en desacuerdo</i>	<i>en desacuerdo</i>	<i>ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>de de acuerdo</i>	<i>Y muy de de acuerdo</i>
1	Estrés o preocupaciones					
2	Hereditario, me viene de mi familia					
3	Un microbio o virus					
4	Dieta o hábitos alimenticios					
5	Casualidad o mala suerte					

6	Atención médica deficiente en mi pasado					
7	Contaminación ambiental					
8	Mi propia conducta (lo que hago o he hecho)					
9	Mi actitud mental, por ej. Pensar en la vida de forma negativo					
10	Problemas familiares					
11	Exceso de trabajo					
12	Mi estado emocional (desanimo, soledad, ansiedad, vacío)					
13	Edad/envejecimiento					
14	Alcohol					
15	Tabaco					
16	Accidente o lesión					
17	Mi personalidad					
18	Alteración de la inmunidad (de las defensas del cuerpo)					

19	Susto					
20	Emociones reprimidas					

XII.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	“ PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD“
Patrocinador externo:	No aplica
Lugar y fecha:	El marqués, Querétaro
Justificación y objetivo del estudio:	La percepción de los pacientes con respecto a su enfermedad crónica afecta el modo en que se adapta a ella, por consiguiente para un mejor control de presión arterial y niveles de glucosa es necesario aplicar intervenciones de acuerdo a sus necesidades, aquí la importancia de realizar un diagnóstico de salud de los pacientes crónicos tanto a nivel cognitivo y emocional, así como conocer que factores de la percepción favorecen su autocuidado.
Procedimientos:	Se les explicará en que consiste la investigación, posterior al llenado de la carta de consentimiento se aplicará el instrumento que consiste en 72 ítems en total que evalúan la percepción de la enfermedad, y hoja de recolección de

datos de cada paciente.	
Posibles riesgos y molestias:	El tiempo utilizado y la incomodidad de responder algunas preguntas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la percepción de su enfermedad y tomar decisiones para mejorar la evolución de la patología
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se otorgará los resultados para conocer áreas de oportunidades y tomar mejores decisiones que ayuden a mejorar su enfermedad.
Participación o retiro:	La participación de este estudio es estrictamente voluntaria y puede retirarse en el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
☐ ☐ ☐	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. María del Carmen Ponce Martínez Matricula: 99234359 Correo electrónico: carmenn1010@hotmail.com Dirección: Sierra de las Cruces, 14, Hacienda La Cruz, El Marqués, 76267 Qro. Teléfono: 01 442 277 5470 Categoría: Especialidad de Medicina Familiar
Colaboradores:	M. en I.M. Lilia Susana Gallardo Vidal Matrícula: 99230756 Correo: lsgv314@hotmail.co Dirección: Av. 5 de febrero N°2 Centro Histórico, Santiago de Querétaro, México. Tel 01442 2 11 423 67 ext. 1407 Categoría: Coordinador Clínico de Educación e Investigación

Nombre y firma del paciente	Especialista en Medicina Familiar
TESTIGO 1	TESTIGO 2
Nombre y firma	Nombre y firma