



**CENTRO UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO  
CEUTEC**

**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROYECTO DE GRADUACIÓN**

**ACTITUDES Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA ASISTENCIA A CONTROLES  
MÉDICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL  
INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO DE TEGUCIGALPA, DEL 10 DE  
FEBRERO AL 06 DE MARZO DE 2026**

**SUSTENTADO POR**

**ENA VIRGINIA FLORES URBINA, 32111408**

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**ASESOR: LIC. ELIZABETH PÉREZ VARELA**

**TEGUCIGALPA, M.D.C., F.M.**

**HONDURAS, C.A.**

**MARZO, 2026**

**CENTRO UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO  
CEUTEC**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**RECTORA  
ROSALPINA RODRÍGUEZ**

**SECRETARIO GENERAL  
ROGER MARTÍNEZ MIRALDA**

**VICERRECTOR ACADÉMICO CEUTEC  
JAVIER SALGADO**

**DIRECTORA NACIONAL DE LA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
KEEBETH DESSIREL ESPINAL**

**TEGUCIGALPA, M.D.C., F.M.**

**HONDURAS, C.A.**

**MARZO, 2026**

**ACTITUDES Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA ASISTENCIA A  
CONTROLES MÉDICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO  
DE TEGUCIGALPA, DEL 10 DE FEBRERO AL 06 DE MARZO DE 2026**

**TRABAJO PRESENTADO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS  
EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE:**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**ASESOR METODOLÓGICO:  
LIC. ELIZABETH PÉREZ VARELA**

**ASESOR TEMÁTICO:  
LIC. PAOLA VALDEZ**

**TEGUCIGALPA, M.D.C., F.M.**

**HONDURAS, C.A.**

**MARZO, 2026**

**DERECHOS DE AUTOR**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'ENA Virginia Flores Urbina'. The signature is stylized with large loops and a horizontal line crossing through the middle.

© Copyright 2026

**ENA VIRGINIA FLORES URBINA**

Todos los derechos son reservados.

## **Dedicatoria**

A Dios, por su guía constante, por sostenerme aun en los momentos en los que creí estar sola, y por ser fuente de fortaleza, esperanza y propósito en cada etapa de este camino.

A los amados de mi corazón: a mi esposo y a mis hijas, por su amor incondicional, por acompañarme en las largas jornadas de estudio y esfuerzo, por creer en mis sueños incluso cuando yo dudaba de ellos, por recordarme en medio del cansancio que sí podía continuar. Gracias por estar, por convertir cada “no puedo” en “sí podés” y por recordarme que no camino sola, por ser el hogar al que siempre regreso para encontrar amor y fuerza.

A mi madre, por su apoyo y por darme el impulso necesario para iniciar este camino.

A todo aquello que me hizo caer, que me dolió y me puso a prueba, pero que también me enseñó a ser más fuerte, a confiar en mí y a seguir avanzando. A las heridas que se convirtieron en impulso y a las caídas que me enseñaron a levantarme con más determinación.

Y a mí misma, por no renunciar, por seguir aun con miedo, cansancio o dudas: por atreverme a cumplir mi sueño. Por cada madrugada de esfuerzo, por cada lágrima convertida en aprendizaje y cada paso dado con fe. Me agradezco por haber creído que lo imposible también se construye con perseverancia.

**Ena Virginia Flores Urbina**

## **Agradecimientos**

A la Universidad y al cuerpo docente de la carrera de Psicología del Centro Universitario Tecnológico (CEUTEC), por su dedicación, respeto y compromiso en cada espacio de formación; su ejemplo ha dejado huellas profundas en mi vocación para servir y devolver a través del ejercicio de esta noble profesión.

A mi asesora metodológica, por su orientación, paciencia y acompañamiento académico durante el desarrollo de este proyecto, guiándome con claridad y compromiso.

Extiendo un agradecimiento especial a mi “niña grande”, cuya sensibilidad y palabras de aliento fueron sostén en muchos momentos, gracias por escuchar, por acompañarme incluso en medio de sus propias responsabilidades y por recordarme, con amor y convicción, que sí era posible continuar: gracias por ser más que una autoridad y una docente.

Al Instituto Nacional del Diabético (INADI), por abrirme sus puertas, confiar en esta investigación y brindar el acompañamiento necesario para su realización, así como a la asesora temática asignada por su apoyo técnico y disposición constante.

A los pacientes que participaron en este estudio, por su tiempo, confianza y disposición para compartir sus experiencias. Sin su colaboración, este trabajo no sería posible.

A cada paciente atendido durante mi proceso de formación, porque sus historias, desafíos y enseñanzas dieron sentido a mi vocación y reafirmaron que servir a otros, acompañar su dolor y contribuir a su bienestar es una de las formas más valiosas de transformar vidas, incluyendo la propia.

Finalmente, agradezco a mi familia por su amor incondicional, y a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron a que este sueño hoy sea una realidad.

**Ena Virginia Flores Urbina**



## Resumen Ejecutivo

La presente investigación se desarrolló con el propósito de analizar las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI) de Tegucigalpa, durante el primer trimestre del año 2026. La finalidad del estudio fue generar evidencia científica que permitiera comprender los factores psicosociales que interrumpen la continuidad del tratamiento y fundamentar estrategias institucionales para mejorar la adherencia clínica. El proceso metodológico se basó en un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y de corte transversal, mediante la aplicación de cuestionarios estructurados a una muestra de 377 pacientes adultos. Los resultados más relevantes evidenciaron una contradicción conductual: aunque el 81.9% de los participantes mostró una actitud positiva hacia la importancia del control médico, se identificaron barreras críticas como el miedo a resultados desfavorables (62.8%), los altos costos de exámenes complementarios y la deficiente comprensión de la información clínica (34.2%). Se concluyó que la asistencia regular no dependió únicamente de la voluntad del paciente, sino de una fractura en el control conductual provocada por factores logísticos, emocionales y económicos del entorno hospitalario. Como recomendación principal, se estableció la necesidad de que el INADI implemente un modelo de gestión centrado en la persona, que simplifique los trámites administrativos, mejore el subsidio de servicios de diagnóstico críticos y fortalezca la alfabetización en salud mediante una comunicación médica más empática y accesible.

**Palabras Clave:** actitudes del paciente, asistencia a controles médicos, barreras percibidas, diabetes mellitus tipo 2, seguimiento clínico



## Abstract

This research was developed with the purpose of analyzing the perceived attitudes and barriers to medical appointment attendance in patients with type 2 diabetes mellitus treated at the National Diabetes Institute (INADI) in Tegucigalpa during the first quarter of 2026. The aim of the study was to generate scientific evidence to understand the psychosocial factors that disrupt treatment continuity and to provide a basis for institutional strategies to improve clinical adherence. The methodological process was based on a quantitative approach, with a descriptive and cross-sectional design, through the application of structured questionnaires to a sample of 377 adult patients. The most relevant results evidenced a behavioral contradiction: although 81.9% of participants showed a positive attitude toward the importance of medical control, critical barriers were identified, such as fear of unfavorable results (62.8%), high costs of complementary exams, and poor understanding of clinical information (34.2%). It was concluded that regular attendance did not depend solely on the patient's will, but on a fracture in behavioral control caused by logistical, emotional, and economic factors in the hospital environment. As a primary recommendation, it was established that INADI should implement a person-centered management model that simplifies administrative procedures, improves the subsidizing of critical diagnostic services, and strengthens health literacy through more empathetic and accessible medical communication.

**Keywords:** patient attitudes, attendance at medical check-ups, perceived barriers, type 2 diabetes mellitus, clinical follow-up

## Índice de Contenido

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos .....	II
Resumen Ejecutivo .....	III
Abstract.....	IV
Índice de Figuras.....	IX
Glosario.....	X
I. Introducción.....	1
II. Planteamiento del Problema.....	4
2.1 Antecedentes del Problema .....	4
2.2 Definición del Problema.....	5
2.2.1 Enunciado y Formulación del Problema .....	6
2.2.2 Preguntas de Investigación .....	6
2.3 Hipótesis.....	7
2.5 Justificación.....	7
2.6 Limitación .....	8
III. Objetivos.....	9
3.1 Objetivo General .....	9
3.2 Objetivos Específicos.....	9
IV. Marco Teórico .....	10
I. Contextualización General.....	10
1. Panorama de la Diabetes Mellitus tipo 2 .....	10
2. Importancia del control médico y del seguimiento clínico.....	11
3. El rol del INADI y la atención primaria de salud .....	12
II. Fundamentación Teórica .....	14
1. Diabetes Mellitus Tipo 2 .....	14

2. <i>Asistencia a Controles Médicos</i> .....	18
3. <i>Actitudes del Paciente</i> .....	20
4. <i>Barreras Percibidas</i> .....	22
5. <i>Modelos Teóricos Aplicables</i> .....	24
6. <i>Seguimiento Clínico en Pacientes con Enfermedades Crónicas</i> .....	29
V. Metodología .....	32
5.1 Congruencia Metodológica .....	32
5.2 Matriz Metodológica .....	32
5.3 Operacionalización de las Variables .....	35
5.4 Enfoque y Métodos .....	39
5.5 Alcance de la Investigación.....	40
5.6 Diseño de la Investigación .....	41
5.7 Técnicas e Instrumentos Aplicados.....	42
5.7.1 <i>Población</i> .....	44
5.7.2 <i>Muestra</i> .....	45
5.7.3 <i>Procedimientos</i> .....	46
5.8 Fuentes de Información.....	48
5.8.1 <i>Fuentes primarias</i> .....	48
5.8.2 <i>Fuentes secundarias</i> .....	49
5.9 Limitantes de la Investigación.....	50
5.10 Cronología del Trabajo.....	51
VI. Resultados y Análisis.....	53
Ficha Sociodemográfica .....	53
Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI) .....	62
Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI).....	72

VII. Comprobación de Hipótesis .....	84
VIII. Discusión de Resultados .....	85
8.1 La Disonancia entre Actitud e Intención Conductual .....	85
8.2 El Peso de las Barreras Percibidas frente al Beneficio.....	85
8.3 Factores Contextuales y la Respuesta Institucional .....	86
8.4 Síntesis de las Sugerencias de los Pacientes .....	86
8.4.1. <i>Optimización de los Procesos de Farmacia y Cobros</i> .....	87
8.4.2. <i>Implementación de un Lenguaje Claro y Materiales Visuales</i> .....	87
8.4.3. <i>Humanización y Trato Cálido</i> .....	87
8.4.4. <i>Accesibilidad Económica: El Impacto de los Altos Costos de Exámenes</i> .....	87
IX. Conclusiones.....	89
X. Recomendaciones.....	91
XI. Referencias Bibliográficas.....	94
XII. Anexos.....	XIII
Anexo A .....	XIII
Anexo B.....	XX
Anexo C.....	XXIX
Anexo D .....	XXXIII
Anexo E.....	XXXV
Anexo C.....	XXXVII

## Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz Metodológica.....	33
Tabla 2. Matriz de Operacionalización de las Variables. ....	35
Tabla 3. Sexo de los participantes.....	53
Tabla 4. Edad de los participantes .....	54
Tabla 5. Nivel de escolaridad de los participantes.....	55
Tabla 6. Estado civil de los participantes.....	55
Tabla 7. Ocupación principal de los participantes .....	56
Tabla 8. Tiempo desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.....	57
Tabla 9. Presencia de otras enfermedades (comorbilidades) .....	57
Tabla 10. Comorbilidades y complicaciones crónicas reportadas por los pacientes .....	58
Tabla 11. Zona de residencia .....	59
Tabla 12. Limitaciones físicas para el llenado del cuestionario .....	59
Tabla 13. Tipos de limitaciones físicas reportadas para el llenado del cuestionario .....	60
Tabla 14. Registrados como pacientes en el INADI.....	60
Tabla 15. Frecuencia de asistencia a las citas médicas.....	61
Tabla 16. Sugerencias como paciente para mejorar la atención en el INADI .....	82

## Índice de Figuras

Figura 1. Cronograma Fase I .....	51
Figura 2. Cronograma Fase II.....	52
Figura 3. Creo que asistir a mis consultas médicas mejora mi salud.....	62
Figura 4. Confío en que los profesionales del INADI se preocupan por mi bienestar .....	63
Figura 5. A veces siento que las consultas no son necesarias si me siento bien.....	64
Figura 6. Me siento escuchado(a) y comprendido(a) durante mis citas médicas .....	65
Figura 7. Ir a consulta me ayuda a mantener el control de mi diabetes .....	66
Figura 8. Me resulta difícil seguir las recomendaciones que me da el médico .....	67
Figura 9. Creo que la comunicación con el personal de salud es buena.....	68
Figura 10. Me siento motivado(a) a cuidar mi salud después de cada cita.....	69
Figura 11. A veces pienso que los médicos no entienden mis preocupaciones .....	70
Figura 12. Considero importante asistir puntualmente a mis consultas programadas .....	71
Figura 13. Me cuesta asistir a las consultas por falta de tiempo.....	72
Figura 14. El costo del transporte me impide acudir a mis citas .....	73
Figura 15. Me desanimo cuando siento que no mejoro con el tratamiento .....	74
Figura 16. Las esperas largas en la clínica me desmotivan .....	75
Figura 17. A veces olvido la fecha o la hora de mi cita.....	76
Figura 18. Siento vergüenza o incomodidad al hablar de mi enfermedad.....	77
Figura 19. No asisto a consulta si tengo demasiado trabajo o compromisos familiares.....	78
Figura 20. Considero que los médicos no me explican claramente mis resultados.....	79
Figura 21. Me da miedo recibir malas noticias sobre mi salud .....	80
Figura 22. Siento que ir al hospital me genera más estrés que beneficio .....	81

## Glosario

**ADA (American Diabetes Association):** Asociación Americana de Diabetes, organización que establece estándares clínicos y guías de manejo de la diabetes.

**Actitudes del paciente:** Conjunto de predisposiciones psicológicas, cognitivas, afectivas y conductuales que influyen en cómo un individuo responde a la atención médica y al seguimiento clínico (Ajzen, 1991).

**Asistencia a controles médicos:** Participación activa y regular de los pacientes en citas médicas programadas para el seguimiento de su enfermedad, diferenciándose de la simple adherencia a tratamientos (GBD 2021 Diabetes Collaborators, 2023).

**Barreras percibidas:** Obstáculos subjetivos o reales que los pacientes identifican como dificultades para asistir a los controles médicos, incluyendo factores económicos, institucionales, emocionales, cognitivos y sociales (Rosenstock et al., 1988).

**CEUTEC (Centro Universitario Tecnológico):** Institución universitaria en Tegucigalpa, Honduras, donde se desarrolla esta investigación.

**Continuidad de la atención:** Proceso mediante el cual los pacientes reciben atención médica coordinada y coherente a lo largo del tiempo, asegurando seguimiento y monitoreo adecuados de su condición crónica.

**Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2 / Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM):** Enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia sostenida debido a resistencia a la insulina y/o deficiencia relativa de insulina, asociada con complicaciones cardiovasculares, renales y neuropáticas (American Diabetes Association (ADA), 2024).

**DSMES (Diabetes Self-Management Education and Support):** Educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes; estrategias de enseñanza y acompañamiento dirigidas a mejorar la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas, mantener conductas de autocuidado y colaborar activamente con el equipo de atención médica (American Diabetes Association (ADA), 2024).

**Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT / Non-communicable chronic diseases):** Condiciones de salud de larga duración, generalmente no infecciosas, como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, que requieren manejo continuo y seguimiento médico.

**HBM (Health Belief Model / Modelo de Creencias en Salud):** Modelo teórico que explica el comportamiento en salud a partir de la percepción de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras percibidas por el individuo (Rosenstock et al., 1988).

**INADI (Instituto Nacional del Diabético):** Entidad estatal en Honduras responsable de la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con diabetes.

**Paciente crónico:** Persona diagnosticada con una enfermedad de larga duración que requiere seguimiento médico constante, manejo integral y adaptación continua de hábitos de vida.

**PAHO/OPS (Pan American Health Organization / Organización Panamericana de la Salud):** Agencia internacional de salud pública que coordina políticas de prevención y manejo de enfermedades en la Región de las Américas.

**Seguimiento clínico:** Conjunto de acciones y evaluaciones periódicas realizadas por los profesionales de salud para monitorear la evolución de la enfermedad, ajustar tratamientos y prevenir complicaciones.

**Teoría del Comportamiento Planificado (Theory of Planned Behavior):** Marco conceptual que vincula actitudes, normas subjetivas y control percibido con la intención de conducta, explicando la probabilidad de que un individuo realice una acción determinada según Ajzen (Ajzen, 1991).

**WHO/OMS (World Health Organization / Organización Mundial de la Salud):** Agencia de las Naciones Unidas encargada de la coordinación de políticas internacionales de salud pública y desarrollo de estándares globales en salud.

## I. Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor impacto en el mundo contemporáneo. Su carácter progresivo, su relación con estilos de vida y su estrecha vinculación con complicaciones cardiovasculares, renales, neurológicas y oftalmológicas la convierten en un desafío constante para los sistemas de salud.

En países de ingresos medios como Honduras, donde la atención primaria aún enfrenta limitaciones en cobertura, seguimiento clínico y educación sanitaria, el control adecuado de esta enfermedad no solo depende del tratamiento médico, sino también de la participación activa y constante del paciente en su propio cuidado. La asistencia regular a consultas médicas constituye uno de los pilares para prevenir complicaciones, optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida; sin embargo, a pesar de su relevancia, muchos pacientes interrumpen, retrasan o abandonan sus controles médicos.

En el contexto hondureño, el Instituto Nacional del Diabético (INADI), ubicado en Bulevar Los Próceres, contiguo al Asilo de Inválidos del Hospital San Felipe, Tegucigalpa, M.D.C., se ha convertido en una institución fundamental para brindar evaluación, tratamiento y educación a personas con diabetes mellitus tipo 2. No obstante, personal de salud y observaciones realizadas en el entorno clínico muestran que un número significativo de pacientes no acude de forma constante a sus consultas programadas, lo que afecta la continuidad del tratamiento, dificulta la detección temprana de complicaciones y aumenta la carga emocional y económica tanto para el paciente como para el sistema sanitario. Esta situación genera la necesidad de comprender qué factores influyen en la decisión de asistir o no a consulta, más allá del diagnóstico médico o el acceso físico al servicio.

Diversas investigaciones señalan que la adherencia a los controles médicos no depende únicamente de la disponibilidad de medicamentos o del conocimiento sobre la enfermedad, sino también de variables subjetivas como las actitudes hacia el tratamiento, la percepción de eficacia del seguimiento, las experiencias previas con el personal de salud y las barreras emocionales o contextuales presentes en la vida cotidiana del paciente.

Factores como el temor a recibir malas noticias, la desmotivación ante la falta de mejoría, la carga laboral o familiar, los costos de transporte, la vergüenza de hablar sobre la enfermedad o la percepción de no ser escuchado por el personal médico, pueden convertirse en obstáculos que limitan la asistencia regular. Por lo tanto, explorar estas dimensiones desde una perspectiva psicosocial resulta necesario para comprender el comportamiento de los pacientes frente a su tratamiento.

La motivación para desarrollar este estudio surge tanto del interés académico como del compromiso personal con la salud mental y el bienestar de los pacientes con enfermedades autoinmunes y/o crónicas. Desde la formación en psicología, se reconoce que la enfermedad no solo afecta el cuerpo, sino también las emociones, las relaciones familiares y la percepción de uno mismo.

Escuchar relatos de pacientes que, aun sabiendo la importancia de asistir a consulta, se sienten agotados, desanimados o poco comprendidos, impulsó la necesidad de investigar de manera sistemática qué actitudes y barreras están influyendo en su asistencia. Además, existe la convicción de que comprender estas realidades permitirá contribuir, aunque sea de forma modesta, a mejorar la calidad de la atención y a humanizar el acompañamiento terapéutico.

En términos sociales, esta investigación cobra importancia al considerar que la diabetes mellitus tipo 2 representa una carga creciente para las familias, el sistema de salud y la economía del país. La falta de control adecuado aumenta los costos hospitalarios, reduce la productividad laboral y disminuye la calidad de vida de quienes la padecen. Mejorar la asistencia a consultas no solo implica prevenir complicaciones, sino también fortalecer redes de apoyo, promover estilos de vida saludables y consolidar una cultura de autocuidado y responsabilidad compartida entre instituciones y pacientes.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo analizar las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Tegucigalpa. Se desarrollará bajo un enfoque

cuantitativo, con diseño descriptivo y de corte transversal, aplicando cuestionarios estructurados a pacientes adultos que acuden a consulta externa.

Esta investigación se realiza durante el año 2026 y busca aportar información concreta que permita al INADI diseñar estrategias de psicoeducación, acompañamiento emocional y mejora en la comunicación médico-paciente. En síntesis, se pretende comprender no solo por qué los pacientes no asisten, sino también cómo apoyarles para que lo hagan, fortaleciendo así la calidad de la atención y contribuyendo al bienestar integral de la población diabética hondureña.

## II. Planteamiento del Problema

### 2.1 Antecedentes del Problema

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor relevancia a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y la carga que genera para los sistemas de salud (World Health Organization, 2021). En América Latina y el Caribe, estudios recientes muestran que los pacientes con DM2 enfrentan dificultades significativas para mantener un seguimiento clínico regular, lo que incrementa el riesgo de complicaciones crónicas como neuropatía, retinopatía y enfermedad cardiovascular (Blasco-Blasco et al., 2020).

La asistencia periódica a consultas médicas es un componente central para el manejo integral de la diabetes, pues permite ajustar tratamientos, reforzar educación en autocuidado y prevenir complicaciones (Lawal, 2014). Sin embargo, diversos estudios indican que la adherencia a las consultas se ve afectada por múltiples factores, incluyendo barreras personales, económicas y sociales. Por ejemplo, Coningsby et al., (2022) identifican que el desconocimiento de la utilidad de los controles, el desánimo ante la falta de mejoría y las responsabilidades familiares o laborales reducen la asistencia regular a programas educativos y médicos.

De manera similar, (Borja et al., 2024) resaltan que factores emocionales, como el miedo a recibir malas noticias o la percepción de incompreensión por parte del personal sanitario, inciden en la irregularidad de la asistencia a controles médicos.

En el contexto de Honduras, investigaciones locales evidencian una situación similar. Maradiaga-Figueroa et al., (2017) señalan que los pacientes del Instituto Nacional del Diabético (INADI) experimentan desafíos relacionados con la calidad de vida y la continuidad en la atención, destacando que barreras económicas, dificultades de transporte y carga laboral o familiar son factores recurrentes que afectan la asistencia a consultas en Tegucigalpa.

Investigaciones cualitativas recientes realizadas en Honduras han profundizado en las barreras sistémicas que condicionan el control de la diabetes. (Jonkman et al., 2020) identificaron que el acceso a la atención está fragmentado por factores económicos, la falta de suministros básicos y la percepción de una comunicación insuficiente entre el personal de salud y el paciente, lo que genera una desmotivación persistente para el seguimiento clínico en instituciones públicas.

Por su parte, los reportes institucionales del INADI (2023) en sus tamizajes muestran que, a pesar de los esfuerzos en educación y seguimiento, una proporción significativa de pacientes (diagnosticados y nuevos que no lleven un seguimiento de su enfermedad) no mantiene la regularidad en sus controles, evidenciando la necesidad de comprender los factores que influyen en la adherencia, aunque, (Laínez, 2023) evidenció que, a pesar de recibir formación sobre cómo disminuir las complicaciones de sus enfermedades, para los individuos con patologías crónicas no resulta sencillo asimilarla o apropiarse de ella. Por lo tanto, es fundamental la participación de la familia o de personas que tengan un cierto nivel de influencia en el paciente.

Estos antecedentes subrayan la importancia de analizar no solo las barreras tangibles, como el tiempo o los costos, sino también aquellas de índole psicosocial, tales como las actitudes hacia la atención médica y la percepción de eficacia del seguimiento clínico (Rosales-Meléndez et al., 2025). Comprender estas dimensiones permitirá fundamentar estrategias de intervención dirigidas a mejorar la asistencia a consultas médicas y, en consecuencia, la salud integral de los pacientes con DM2 en Honduras.

## **2.2 Definición del Problema**

En el caso del Instituto Nacional del Diabético (INADI), se observa que una parte de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 presenta asistencia irregular o ausentismo a sus controles programados. Sin embargo, existe escasa evidencia local que explore las causas percibidas desde la perspectiva del propio paciente. De ahí surge la necesidad de analizar las actitudes y barreras percibidas que influyen en la asistencia a los controles médicos en esta

población, con el propósito de generar información que permita diseñar estrategias institucionales orientadas a mejorar la adherencia a los programas de seguimiento y, por ende, optimizar los resultados en salud.

### ***2.2.1 Enunciado y Formulación del Problema***

**2.2.1.1 Enunciado del Problema.** La investigación se centra en identificar y analizar las actitudes y barreras percibidas que afectan la asistencia de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a los controles médicos en el INADI, con el fin de generar información útil para diseñar estrategias que fomenten la continuidad del seguimiento clínico.

**2.2.1.2 Formulación del Problema.** ¿Cuáles son las actitudes y barreras percibidas que influyen en la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI de Tegucigalpa del 10 de febrero al 06 de marzo de 2026?

### ***2.2.2 Preguntas de Investigación***

1. ¿Cuáles son las principales razones percibidas por los pacientes para asistir o no asistir regularmente a sus consultas médicas?
2. ¿Cómo describen los pacientes sus actitudes frente al seguimiento clínico y la importancia de las consultas médicas?
3. ¿Qué factores personales, emocionales y contextuales se asocian con la asistencia irregular a controles médicos?
4. ¿Qué estrategias podrían recomendarse al INADI para fomentar la asistencia continua de los pacientes a sus controles programados?

## 2.3 Hipótesis

**H<sub>1</sub>** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI presentan actitudes positivas hacia la asistencia a controles médicos y perciben pocas barreras significativas que dificulten su asistencia regular.

**H<sub>0</sub>** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI no presentan actitudes positivas hacia la asistencia a controles médicos y perciben barreras significativas que dificultan su asistencia regular.

## 2.5 Justificación

La presente investigación se considera pertinente debido a que la asistencia regular a los controles médicos constituye un componente esencial en el manejo integral de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Según la Organización Mundial de la Salud (2013), la continuidad del cuidado es el factor determinante para prevenir complicaciones crónicas que reducen la calidad de vida.

En el contexto nacional, la evidencia local indica que muchos pacientes presentan asistencia irregular, lo que puede derivar en complicaciones graves, incremento de costos en atención de salud y reducción de la calidad de vida. Analizar las actitudes y barreras percibidas por los pacientes permitirá generar información valiosa para el INADI, contribuyendo a mejorar la planificación de estrategias de seguimiento, intervenciones educativas y programas de motivación personalizados.

Desde la perspectiva social, el estudio permitirá comprender los factores que limitan la participación activa de los pacientes en su cuidado, promoviendo una atención más centrada en las necesidades individuales y fortaleciendo la relación paciente-profesional de salud. Desde un enfoque institucional, los resultados pueden orientar políticas y protocolos que reduzcan las barreras percibidas, optimizando los recursos disponibles y aumentando la eficiencia en la prestación de servicios. Asimismo, la investigación tiene un impacto intangible al fomentar la

sensibilización del personal médico y la población sobre la importancia de la asistencia regular a los controles, contribuyendo a la prevención de complicaciones crónicas y al bienestar general de los pacientes.

En conclusión, esta investigación es relevante porque ofrece evidencia científica que sustenta la toma de decisiones estratégicas en el INADI. Al basar las intervenciones en la realidad psicosocial y estructural de los pacientes, se promueve no solo la adherencia clínica, sino el fortalecimiento integral de la respuesta del Estado hondureño ante la carga epidemiológica de la diabetes mellitus tipo 2.

## **2.6 Limitación**

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados:

En primer lugar, la restricción de tiempo para la recolección de datos puede limitar la cantidad de participantes disponibles durante el periodo del estudio, lo que condiciona el tamaño de la muestra y la representatividad.

En segundo lugar, el acceso a información se encuentra condicionado por la disponibilidad y autorización del INADI para consultar registros clínicos y coordinar la aplicación de los instrumentos, lo que podría afectar la exhaustividad de los datos.

A pesar de estas limitaciones, el estudio proporciona información valiosa sobre las actitudes y barreras percibidas por los pacientes, que puede orientar futuras intervenciones y políticas institucionales para mejorar la asistencia a controles médicos en el INADI.

### **III. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Analizar las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Tegucigalpa, del 10 de febrero al 06 de marzo de 2026.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar las principales razones por las cuales los pacientes asisten o no asisten regularmente a consulta.
2. Describir las actitudes de los pacientes frente al seguimiento clínico y la percepción de su importancia.
3. Explorar factores personales, emocionales y contextuales asociados con la asistencia irregular.
4. Formular recomendaciones al INADI para promover la asistencia continua a controles.

## IV. Marco Teórico

### I. Contextualización General

#### *1. Panorama de la Diabetes Mellitus tipo 2*

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) constituye una de las principales preocupaciones de salud pública a nivel mundial debido a su alta y creciente prevalencia, su asociación con comorbilidades cardiovasculares y renales, y su elevado impacto en la mortalidad y la carga de enfermedad. En 2021 la diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes y continúa siendo un importante determinante de enfermedad renal y cardiovascular a nivel global (World Health Organization, 2021).

A nivel global, la carga de la diabetes ha alcanzado cifras sin precedentes. Según el análisis sistemático de Ong et al. (2023) publicado en *The Lancet*, se proyecta que para el año 2050 más de 1,300 millones de personas vivirán con esta condición, impulsada mayoritariamente por la diabetes tipo 2 y factores de riesgo metabólicos. Esta tendencia mundial encuentra un eco preocupante en el contexto centroamericano.

A nivel regional, la Región de las Américas concentra una proporción significativa de la carga global de diabetes: las estimaciones indican que más de 100 millones de adultos viven con diabetes en la región y que la prevalencia ha aumentado de forma notable desde 1990, con un incremento especialmente marcado en los países de ingresos bajos y medios. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), las enfermedades no transmisibles en las Américas enfrentan desafíos críticos de gestión, exacerbados por determinantes sociales que limitan el acceso equitativo al cuidado. Estos hallazgos sugieren la necesidad de reforzar estrategias de prevención y de control clínico dirigido a poblaciones vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

En el contexto hondureño, los reportes epidemiológicos y perfiles de salud muestran un incremento sostenido de factores de riesgo asociados a la DMT2 (como sobrepeso/obesidad y hábitos de vida poco saludables) y una prevalencia que ha crecido en las últimas décadas; los

datos nacionales y los perfiles de la región confirman que Honduras enfrenta retos importantes en el control de enfermedades crónicas no transmisibles, incluida la diabetes, lo que exige acciones de seguimiento clínico y educación en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

El seguimiento clínico regular (controles médicos periódicos) es un componente central del manejo de la DMT2: permite la detección temprana de complicaciones, la evaluación y ajuste de tratamientos, la educación y el refuerzo del autocuidado, y contribuye a reducir hospitalizaciones y costos asociados a complicaciones avanzadas. Las guías y estándares clínicos internacionales recomiendan un esquema de controles y evaluaciones periódicas adaptadas al riesgo individual del paciente y subrayan la importancia de estrategias que promuevan la continuidad del seguimiento (American Diabetes Association (ADA), 2024).

A la luz de lo anterior, resulta claro que, tanto por su magnitud como por sus consecuencias, la DMT2 requiere intervenciones integradas que incluyan no solo acceso a medicamentos y servicios, sino también medidas orientadas a mejorar la asistencia a los controles médicos. Comprender el panorama epidemiológico (global, regional y local) permite situar la investigación sobre actitudes y barreras percibidas en un contexto de prioridad sanitaria y justificar la pertinencia de estudiar los factores que condicionan la asistencia a controles en instituciones como el INADI (International Diabetes Federation, 2021).

## ***2. Importancia del control médico y del seguimiento clínico***

El control médico periódico y el seguimiento clínico constituyen pilares fundamentales en el manejo integral de la diabetes mellitus tipo 2, ya que permiten monitorear la progresión de la enfermedad, ajustar el tratamiento y prevenir complicaciones agudas y crónicas. La evidencia muestra que las consultas regulares en atención primaria se asocian con una reducción significativa del riesgo de hospitalización, complicaciones cardiovasculares y mortalidad en personas con diabetes (Powers et al., 2020).

En contextos latinoamericanos, incluyendo Honduras, la falta de seguimiento clínico se vincula con un mal control glucémico, baja adherencia farmacológica y aumento en los costos de atención (Galeas Calleja et al., 2024). Por ello, organismos internacionales recomiendan evaluaciones periódicas que incluyan monitoreo de HbA1c, control de presión arterial, valoración del peso corporal y revisión de pies, como componentes esenciales del cuidado continuo del paciente diabético (American Diabetes Association (ADA), 2024). En este sentido, asegurar la asistencia regular a controles médicos no solo optimiza el tratamiento, sino que también mejora la calidad de vida y reduce la carga sanitaria asociada a la enfermedad.

### ***3. El rol del INADI y la atención primaria de salud***

El Instituto Nacional del Diabético (INADI) es una entidad estatal fundamental en Honduras para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes. Creado por el Decreto Legislativo 144-2013 el 30 de septiembre de 2013, el INADI cuenta con personalidad jurídica y autonomía administrativa y financiera, con el mandato legal de ejecutar programas de investigación, promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con diabetes (Congreso Nacional de Honduras, 2013).

Dentro de su misión institucional, el INADI promueve la educación diabetológica, la promoción de estilos de vida saludables y la atención médica especializada, fortaleciendo la atención primaria como eje estratégico para garantizar la continuidad de los cuidados. Su cartera de servicios refleja esta vocación integral: ofrece medicina general, medicina interna, nutrición, psicología, clínica del pie, toma de glucometría, terapia funcional, endocrinología, laboratorio y ultrasonido para optimizar los resultados de exámenes desde dentro. También cuenta con un área de docencia en la que se promueve prevenir complicaciones mediante charlas, días festivos y tamizajes (Instituto Nacional del Diabético, 2023).

Un componente clave de su enfoque es la vigilancia clínica y la mejora del sistema de información para asegurar un seguimiento adecuado de los pacientes diabéticos. En este sentido, para abril de 2023 el INADI implementó un expediente clínico digital, beneficiando a más de veintiún mil (21,000) pacientes, con el propósito de mejorar la organización de la atención, evitar

pérdida de expedientes y facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en datos. A abril de 2023, la base de datos actual del Instituto registra exactamente 21 mil 251 pacientes de los cuales el 65% son mujeres y el 35 % hombres, distribuidos de esta manera a nivel nacional: 8,117 son pacientes de Comayagüela, 4,692 de Tegucigalpa y 8,442 del interior del País (Instituto Nacional del Diabético, 2023).

Además, el INADI ha sido parte de un proyecto nacional apoyado por la OPS/OMS para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la diabetes en Honduras, mejorar el sistema de recolección de datos y garantizar un monitoreo clínico más efectivo. Este fortalecimiento institucional permite no solo un registro más preciso, sino también una mejor planificación de recursos humanos, medicamentos y acciones de seguimiento para los pacientes con diabetes, lo que es clave para una atención continua y de calidad (World Health Organization, 2022).

Por otra parte, la actividad asistencial del INADI es considerable: según datos oficiales, en 2021 se registraron más de 63,000 atenciones, incluyendo más de 32,000 consultas médicas, lo que demuestra su papel central en el sistema de atención para personas con diabetes en Honduras. Esta alta demanda institucional subraya la importancia de que el INADI diseñe y sostenga programas que aseguren la retención de los pacientes en sus controles clínicos, ya que una atención fragmentada o con baja adherencia compromete tanto la salud de los pacientes como la eficiencia del sistema (INADI, 2021).

En conjunto, la capacidad del INADI para ofrecer servicios especializados, su compromiso con la digitalización de la historia clínica y su participación en la vigilancia nacional de la diabetes refuerzan su responsabilidad institucional en promover un seguimiento clínico continuo y de calidad. Esto es especialmente relevante para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, una población que requiere monitoreo frecuente, educación permanente y estrategias de acompañamiento para prevenir complicaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

## II. Fundamentación Teórica

### 1. *Diabetes Mellitus Tipo 2*

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia crónica secundaria a una combinación de resistencia a la insulina y disfunción progresiva de las células del páncreas. A nivel fisiopatológico, la enfermedad se desarrolla cuando los tejidos periféricos (músculo, hígado y tejido adiposo) responden de manera insuficiente a la insulina, lo que obliga al páncreas a aumentar su producción. Con el tiempo, esta compensación falla, produciendo déficit relativo de insulina y deterioro del control glucémico (DeFronzo et al., 2021).

La DMT2 se asocia con múltiples alteraciones metabólicas, entre ellas aumento de la gluconeogénesis hepática, lipotoxicidad, inflamación sistémica de bajo grado y alteración de incretinas, todos los cuales contribuyen al deterioro progresivo del metabolismo de la glucosa (Chatterjee et al., 2017). Debido a su curso evolutivo, se considera una condición que requiere vigilancia continua y atención prolongada.

**1.1 Factores de Riesgo (genéticos, ambientales y conductuales).** La etiología de la DMT2 es multifactorial. Entre los factores de riesgo más ampliamente respaldados se encuentran:

- **Genética y antecedentes familiares:** El riesgo aumenta significativamente cuando existe historia familiar de diabetes, lo que indica una fuerte predisposición hereditaria (International Diabetes Federation, 2021).
- **Obesidad y exceso de peso:** Especialmente la obesidad abdominal, que incrementa la resistencia a la insulina (World Health Organization, 2022).
- **Sedentarismo:** La baja actividad física se relaciona con disminución de sensibilidad a la insulina y mayor riesgo cardiometabólico (American Diabetes Association (ADA), 2024).

- Alimentación no saludable: Dietas ricas en azúcar, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados favorecen el desarrollo de intolerancia a la glucosa (Hu, 2011).
- Factores psicosociales: El distress diabético y la autoeficacia impactan en el control glucémico (Trief et al., 2024), así como el estrés crónico, pobreza, baja escolaridad y limitaciones de acceso a servicios de salud son factores identificados en países latinoamericanos (Randväli et al., 2024).

En Honduras, la Organización Panamericana de la Salud ha documentado un incremento sostenido de los factores de riesgo y de la prevalencia de diabetes, lo que constituye un desafío nacional en salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

**1.2 Importancia de la Educación del Paciente.** La educación en diabetes es considerada un pilar esencial en el manejo de la DMT2. Las guías de la ADA establecen que la Educación en Autocuidado de la Diabetes (DSME/S) mejora significativamente la adherencia al tratamiento, reduce la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y previene complicaciones (American Diabetes Association (ADA), 2024).

La OPS subraya que los pacientes requieren comprender su enfermedad, identificar signos de descompensación, modificar estilos de vida, conocer la importancia del tratamiento farmacológico y adoptar estrategias de autocuidado (Organización Panamericana de la Salud, 2022). La educación continuada permite que el paciente tome decisiones informadas, reduzca riesgos y se mantenga vinculado a los servicios de salud.

Estudios latinoamericanos señalan que la falta de educación adecuada se relaciona con dificultades para asistir a controles, baja percepción de riesgo y poca adherencia a recomendaciones médicas (Lozano Rodelo, 2023).

**1.3 Necesidad del Control Periódico según Guías ADA / OPS.** Las principales guías clínicas internacionales coinciden en que las personas con DMT2 deben asistir a controles

médicos periódicos para monitorear complicaciones, evaluar el control metabólico y ajustar tratamientos.

Según la American Diabetes Association (2025), los Estándares de Atención para la Diabetes proporcionan directrices actualizadas para el manejo clínico de la diabetes, como:

- Evaluaciones clínicas al menos cada 3 meses en pacientes con control glucémico inadecuado o cambios en el tratamiento.
- Controles cada 6 meses en pacientes con buen control metabólico.
- Revisión regular de presión arterial, peso, función renal, pies, visión y adherencia terapéutica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve la atención integral de la diabetes mediante directrices que enfatizan la importancia del seguimiento clínico regular para prevenir complicaciones, mejorar el control metabólico y fortalecer la atención primaria de salud.

También establece que la adopción de medidas efectivas de vigilancia y control de la diabetes ayuda a detectar signos tempranos de complicaciones, facilita la adherencia a prácticas de autocuidado y tratamientos adecuados, y contribuye a reducir la carga de enfermedad, hospitalizaciones y costos asociados a complicaciones crónicas (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Además, el fortalecimiento de servicios de atención primaria y la vigilancia epidemiológica son considerados pilares para mantener relaciones continuas entre el paciente y los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La OPS enfatiza que los países deben fortalecer la atención primaria para garantizar controles periódicos, especialmente en poblaciones vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

**1.4 Educación y Apoyo para el Autocontrol de la Diabetes.** La educación estructurada y el apoyo continuo para el autocontrol de la diabetes mellitus tipo 2 constituyen elementos esenciales del manejo integral de la enfermedad. Las guías clínicas internacionales recomiendan que las personas con diabetes participen en programas de educación en autocuidado (Diabetes Self-Management Education and Support, DSMES), adaptados a su contexto cultural y necesidades individuales, con el fin de facilitar la toma de decisiones informada, promover conductas de autocuidado y fortalecer la colaboración con el equipo de atención médica (American Diabetes Association (ADA), 2024).

Los programas DSMES deben ofrecerse no solo al momento del diagnóstico, sino también de manera periódica, anualmente o cuando no se cumplan los objetivos terapéuticos, se presenten factores de complicación o se produzcan transiciones importantes en la vida del paciente, para asegurar su eficacia continua (American Diabetes Association (ADA), 2024). Estos programas integran estrategias conductuales como entrevistas motivacionales, establecimiento de metas y resolución de problemas, que han demostrado favorecer la adopción de comportamientos orientados a la salud y la calidad de vida.

Además, la ADA enfatiza que el DSMES debe ser cultural y socialmente pertinente, respondiendo a las preferencias de cada persona en formatos grupales o individuales, e incluso mediante telesalud o intervenciones digitales que reduzcan barreras de acceso y mejoren la satisfacción del usuario (American Diabetes Association, 2024).

La evidencia sugiere que estas intervenciones no solo mejoran los resultados en salud, sino que también pueden reducir costos, por lo que se recomienda que se identifiquen y aborden barreras en todos los niveles, desde el individuo hasta el sistema. Finalmente, evaluar los determinantes sociales de la salud permite orientar la prestación de DSMES de forma más equitativa y efectiva (American Diabetes Association, 2024).

## ***2. Asistencia a Controles Médicos***

La asistencia a controles médicos constituye un componente esencial del manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), ya que permite el monitoreo periódico del estado de salud, la detección temprana de complicaciones y la toma de decisiones clínicas oportunas. Este concepto se diferencia de otros términos relacionados que suelen utilizarse de manera indistinta, pero que poseen implicaciones teóricas y prácticas específicas dentro del ámbito de la salud (American Diabetes Association (ADA), 2024).

Desde una perspectiva conceptual, la asistencia hace referencia al acto concreto de que el paciente acuda a las consultas médicas programadas, mientras que la adherencia se relaciona con el grado en que el comportamiento de la persona, incluyendo la toma de medicamentos, la adopción de hábitos saludables y el cumplimiento de recomendaciones clínicas, coincide con las indicaciones acordadas con el profesional de salud (World Health Organization, 2003).

Por su parte, el seguimiento clínico o continuidad de la atención implica un proceso más amplio y sostenido en el tiempo, que abarca la coordinación, coherencia y permanencia de la atención brindada al paciente a lo largo del curso de su enfermedad (Haggerty et al., 2003).

En el contexto de la diabetes mellitus tipo 2, el seguimiento clínico continuo es fundamental, ya que se trata de una condición de curso crónico, progresivo y frecuentemente asintomático en sus etapas iniciales. La Organización Mundial de la Salud (2022) señala que la adherencia y la asistencia a los servicios de salud están influenciadas por múltiples factores que van más allá del acceso físico a la atención, incluyendo elementos individuales, sociales y estructurales. En este sentido, la no asistencia a controles médicos no debe interpretarse únicamente como una falta de responsabilidad del paciente, sino como el resultado de una interacción compleja de determinantes.

Entre los determinantes psicosociales asociados a la asistencia se encuentran las creencias sobre la enfermedad, la percepción de gravedad y susceptibilidad, el nivel de motivación y la

autoeficacia percibida para manejar la diabetes. Algunos pacientes con DMT2 pueden considerar innecesario asistir a controles médicos cuando no presentan síntomas evidentes, lo que disminuye la percepción de riesgo y reduce la probabilidad de acudir de manera regular a consulta. Estudios cualitativos han identificado que la falta de comprensión del carácter crónico de la enfermedad y la percepción limitada de los beneficios del control médico influyen negativamente en la asistencia (González Rodríguez et al., 2021).

Asimismo, diversos factores sociales y económicos afectan la capacidad de los pacientes para acudir a sus citas médicas. La distancia al centro de atención, los costos de transporte, la pérdida de ingresos por ausentarse del trabajo y las responsabilidades familiares representan barreras frecuentes, especialmente en poblaciones con recursos limitados (Brewster et al., 2020). Estas condiciones pueden generar priorización de otras necesidades inmediatas sobre el cuidado de la salud, aun cuando el paciente reconozca la importancia del seguimiento médico.

Desde una perspectiva fenomenológica, el acceso a la salud no se limita a la cercanía física del hospital. Según (Jonkman et al., 2020), en el contexto centroamericano existen 'barreras de navegación' dentro del sistema hospitalario, donde los trámites administrativos complejos y la falta de claridad en las instrucciones médicas actúan como disuasores críticos que impiden que el paciente retorne a sus controles programados.

Los factores emocionales y psicológicos también desempeñan un papel relevante en la asistencia a controles. El miedo a recibir malas noticias, la ansiedad ante posibles complicaciones, la negación de la enfermedad y la desmotivación asociada a la falta de mejoría percibida pueden generar evitación de las consultas médicas. De acuerdo con Brewster et al. (2020), estas emociones negativas se encuentran entre las razones más comúnmente reportadas para la inasistencia a consultas de seguimiento en pacientes con diabetes.

Por otro lado, las experiencias previas con el sistema de salud influyen de manera significativa en la conducta de asistencia. Una comunicación deficiente con el personal sanitario, la percepción de trato poco empático o las largas esperas en los servicios de salud pueden disminuir la satisfacción del paciente y reducir su disposición a acudir nuevamente a consulta

(González Rodríguez et al., 2021). En este sentido, la calidad de la relación entre el paciente y los profesionales de la salud se reconoce como un factor clave para favorecer la continuidad del seguimiento clínico.

La evidencia disponible en enfermedades crónicas no transmisibles respalda que la asistencia a controles médicos es un fenómeno multifactorial, condicionado tanto por variables individuales como contextuales. La literatura científica subraya que mejorar la asistencia requiere intervenciones que consideren las barreras percibidas por los pacientes, fortalezcan la educación en salud y promuevan una atención centrada en la persona, con énfasis en la continuidad y la accesibilidad de los servicios (World Health Organization, 2003).

### ***3. Actitudes del Paciente***

En psicología, el concepto de actitud se define como una predisposición psicológica relativamente estable que influye en la forma en que una persona evalúa, siente y actúa frente a un objeto, situación o conducta específica. De acuerdo con Eagly y Chaiken (1993), las actitudes representan evaluaciones globales que pueden ser favorables o desfavorables y que orientan el comportamiento humano. En el ámbito de la salud, las actitudes cumplen un papel fundamental, ya que influyen directamente en la adopción, mantenimiento o abandono de conductas relacionadas con el cuidado de la salud.

Clásicamente, la actitud se compone de tres dimensiones interrelacionadas: cognitiva, afectiva y conductual. El componente cognitivo hace referencia a las creencias, ideas y conocimientos que una persona posee sobre un objeto o situación, como por ejemplo las creencias sobre la gravedad de la diabetes o la utilidad de los controles médicos. El componente afectivo incluye las emociones y sentimientos asociados, tales como miedo, ansiedad, negación o esperanza frente a la enfermedad. Finalmente, el componente conductual se relaciona con la disposición a actuar de determinada manera, manifestándose en comportamientos observables como asistir o no a las consultas médicas programadas (Ajzen, Attitudes, personality and behaviour (2nd ed.), 2005).

En el contexto del comportamiento en salud, las actitudes se consideran un determinante central de las decisiones individuales. Diversos modelos teóricos, como la Teoría del Comportamiento Planificado, señalan que las actitudes influyen directamente en la intención conductual, la cual a su vez predice la ejecución del comportamiento (Ajzen, *The theory of planned behavior.*, 1991). En pacientes con enfermedades crónicas, una actitud positiva hacia el tratamiento y el seguimiento médico se asocia con mayor adherencia y continuidad en la atención, mientras que actitudes negativas tienden a relacionarse con el abandono o la asistencia irregular a los servicios de salud.

En el caso específico de la asistencia a controles médicos, las actitudes del paciente pueden facilitar o dificultar la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento clínico. Cuando el paciente percibe los controles médicos como útiles, necesarios y beneficiosos para su bienestar, es más probable que mantenga una asistencia regular. Por el contrario, actitudes caracterizadas por la minimización de la enfermedad, la desconfianza en el sistema de salud o la percepción de inutilidad del control médico pueden disminuir significativamente la probabilidad de acudir a consulta, incluso cuando existen indicaciones clínicas claras (Brewster et al., 2020).

Las actitudes hacia la asistencia a controles médicos no se desarrollan de manera aislada, sino que están moldeadas por múltiples factores individuales y contextuales. Entre ellos destacan las creencias personales sobre la enfermedad y su tratamiento, las emociones asociadas al diagnóstico (como miedo, culpa o frustración), y las experiencias previas con los servicios de salud. Interacciones negativas con el personal sanitario, falta de empatía o dificultades en la comunicación pueden generar actitudes desfavorables que impactan negativamente en la continuidad del seguimiento clínico (González Rodríguez et al., 2021).

Asimismo, la cultura y el contexto social influyen en la forma en que los pacientes interpretan su enfermedad y valoran la atención médica. En algunas poblaciones, la normalización de los síntomas, el uso de remedios tradicionales o la percepción de la diabetes como una condición inevitable pueden contribuir al desarrollo de actitudes pasivas frente al control médico. A esto se suma la autopercepción de la enfermedad, ya que los pacientes que no se consideran “realmente enfermos”, especialmente en etapas asintomáticas de la diabetes tipo 2,

tienden a mostrar menor motivación para asistir de forma regular a los controles (World Health Organization, 2003).

En conjunto, la evidencia científica indica que las actitudes del paciente constituyen un factor clave en la comprensión del comportamiento de asistencia a controles médicos. Analizar estas actitudes permite identificar barreras psicológicas subyacentes y diseñar intervenciones orientadas a modificar creencias disfuncionales, fortalecer la motivación y promover una relación más activa y colaborativa entre el paciente y el sistema de salud.

#### ***4. Barreras Percibidas***

En el ámbito de la salud, las barreras se entienden como aquellos factores que dificultan o impiden que una persona adopte o mantenga conductas favorables para su bienestar. Cuando estas dificultades son interpretadas desde la experiencia subjetiva del individuo, se habla de barreras percibidas, las cuales hacen referencia a la evaluación personal que realiza el paciente sobre los obstáculos que interfieren con la realización de una conducta específica, como la asistencia a controles médicos (Rosenstock et al., 1988).

El concepto de barreras percibidas ocupa un lugar central dentro del Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model), donde se considera uno de los principales predictores del comportamiento en salud. Según este modelo, aun cuando una persona reconozca la gravedad de su enfermedad y los beneficios del tratamiento, la presencia de barreras percibidas elevadas puede reducir significativamente la probabilidad de que lleve a cabo acciones preventivas o de seguimiento clínico (Champion & Skinner, 2008).

Las barreras percibidas en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2, son de naturaleza multidimensional y pueden clasificarse en distintos tipos:

**4.1 Barreras Económicas.** Las barreras económicas incluyen los costos directos e indirectos asociados a la atención médica, como gastos de transporte, pérdida de ingresos laborales por acudir a consulta, compra de medicamentos o insumos, y alimentación

adecuada. Diversos estudios han demostrado que las limitaciones económicas se asocian con menor adherencia al tratamiento y menor asistencia a controles médicos, especialmente en contextos de bajos recursos (Walker et al., 2014). En países de ingresos medios y bajos, estas barreras adquieren mayor relevancia y se convierten en un factor determinante de la discontinuidad del seguimiento clínico.

**4.2 Barreras Institucionales.** Las barreras institucionales se relacionan con el funcionamiento del sistema de salud y la experiencia del paciente dentro de los servicios. Entre las más frecuentes se encuentran los largos tiempos de espera, la dificultad para obtener citas, los horarios poco flexibles y el trato percibido como poco empático por parte del personal de salud. Estas condiciones pueden generar frustración, desconfianza y desmotivación, lo que incrementa la probabilidad de inasistencia a controles médicos, incluso en pacientes conscientes de la importancia del seguimiento (Brewster et al., 2020).

**4.3 Barreras Emocionales y Psicológicas.** Las barreras emocionales incluyen reacciones psicológicas como el miedo al diagnóstico, la ansiedad frente a posibles complicaciones, la negación de la enfermedad o sentimientos de culpa y vergüenza. En pacientes con diabetes tipo 2, estas emociones pueden llevar a evitar el contacto con los servicios de salud como una estrategia de afrontamiento disfuncional. La evidencia sugiere que el miedo a recibir malas noticias o a enfrentar cambios en el estilo de vida se asocia con menor asistencia a controles médicos y menor adherencia terapéutica (González Rodríguez et al., 2021).

**4.4 Barreras Cognitivas.** Las barreras cognitivas están relacionadas con el desconocimiento, la baja percepción de riesgo y la limitada alfabetización en salud. Cuando los pacientes no comprenden la naturaleza crónica de la diabetes, sus posibles complicaciones o la utilidad del control periódico, tienden a subestimar la necesidad de asistir regularmente a consulta, especialmente en etapas asintomáticas de la enfermedad (World Health Organization, 2003). La falta de información clara y comprensible puede contribuir a decisiones basadas en creencias erróneas o incompletas.

**4.5 Barreras Sociales.** Las barreras sociales incluyen factores vinculados al contexto familiar, laboral y comunitario del paciente. Responsabilidades domésticas, cuidado de otros miembros de la familia, exigencias laborales, falta de apoyo social o redes de apoyo limitadas pueden interferir con la posibilidad de asistir a controles médicos. En particular, se ha observado que los pacientes con bajo apoyo social presentan mayores dificultades para mantener la continuidad del seguimiento clínico en enfermedades crónicas no transmisibles (DiMatteo, 2004).

La evidencia científica en diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades crónicas no transmisibles muestra que la acumulación de barreras percibidas tiene un efecto negativo directo sobre la continuidad del seguimiento clínico, la adherencia al tratamiento y los resultados en salud. Estudios internacionales y regionales coinciden en que la identificación temprana de estas barreras permite diseñar intervenciones más eficaces, centradas en el paciente, orientadas a reducir obstáculos y mejorar la asistencia regular a los controles médicos (Brewster et al., 2020).

En este sentido, el análisis de las barreras percibidas resulta fundamental para comprender el comportamiento de los pacientes con diabetes tipo 2 y para fortalecer estrategias de atención primaria que promuevan la continuidad de la atención y el autocuidado.

### ***5. Modelos Teóricos Aplicables***

El análisis de las actitudes y barreras percibidas que influyen en la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 puede ser comprendido de manera más sólida a partir de modelos teóricos del comportamiento en salud. En este estudio se retoman dos enfoques ampliamente utilizados en la investigación en salud pública y psicología de la salud: el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model, HBM) y la Teoría del Comportamiento Planificado, los cuales permiten explicar la toma de decisiones relacionadas con la asistencia a controles médicos desde una perspectiva psicosocial.

**5.1 Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model, HBM).** El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado inicialmente por Rosenstock en la década de 1950 y posteriormente ampliado por Becker y otros autores, con el objetivo de explicar por qué las personas adoptan o no conductas preventivas relacionadas con la salud (Rosenstock et al., 1988). Este modelo plantea que la probabilidad de que un individuo realice una conducta de salud depende de un conjunto de creencias subjetivas sobre la enfermedad y las acciones necesarias para prevenirla o controlarla.

Los principales componentes del HBM son:

- Susceptibilidad percibida: grado en que la persona cree que puede desarrollar complicaciones asociadas a la enfermedad.
- Gravedad percibida: creencias sobre la severidad de la enfermedad y sus posibles consecuencias físicas, sociales y emocionales.
- Beneficios percibidos: percepción de la eficacia de la conducta recomendada, como asistir a controles médicos, para reducir el riesgo o la severidad de la enfermedad.
- Barreras percibidas: evaluación de los obstáculos reales o subjetivos que dificultan la adopción de la conducta, tales como costos, tiempo, miedo o experiencias negativas previas.

En el contexto de la diabetes mellitus tipo 2, este modelo resulta especialmente relevante, disminuye, incluso cuando el paciente reconoce la importancia del seguimiento clínico (Champion & Skinner, 2008).

Por tanto, el HBM proporciona un marco conceptual útil para comprender cómo las barreras percibidas y la percepción de la enfermedad influyen en la continuidad del seguimiento clínico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

**5.2 Teoría del Comportamiento Planificado.** La Teoría del Comportamiento Planificado fue propuesta por Ajzen (1991) como una ampliación de la Teoría de la Acción Razonada. Este modelo sostiene que el comportamiento humano está precedido por la intención conductual, la cual a su vez está determinada por tres componentes fundamentales:

- Actitud hacia el comportamiento: evaluación positiva o negativa de la conducta, en este caso, asistir a controles médicos.
- Normas subjetivas: percepción de la presión social o expectativas de personas significativas (familia, profesionales de salud) respecto a la conducta.
- Control conductual percibido: percepción del grado de facilidad o dificultad para realizar la conducta, estrechamente relacionada con las barreras percibidas.

Según este modelo, una actitud favorable hacia el seguimiento clínico, junto con un alto control conductual percibido y normas sociales de apoyo, incrementa la intención de asistir a controles médicos, lo que se traduce en una mayor probabilidad de que el comportamiento se lleve a cabo (Ajzen, 1991).

En pacientes con diabetes tipo 2, la evidencia sugiere que las actitudes negativas, la percepción de poco control sobre el tiempo, los recursos o el acceso a los servicios de salud, y la ausencia de apoyo social influyen de manera significativa en la intención y en la conducta real de asistencia a consulta (Armitage & Conner, 2001). Por esta razón, esta teoría permite comprender el papel central de las actitudes del paciente y del control percibido en la toma de decisiones relacionadas con el seguimiento clínico.

**5.3 Relevancia de los Modelos para el Presente Estudio.** Ambos modelos ofrecen un sustento teórico sólido para analizar cómo las actitudes y las barreras percibidas influyen en la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI. El Modelo de Creencias en Salud permite explorar las percepciones individuales sobre la enfermedad y los obstáculos al seguimiento clínico, mientras que la

Teoría del Comportamiento Planificado facilita la comprensión del proceso que va desde la actitud hasta la conducta observable de asistencia.

**5.4 Perspectivas Multidimensionales sobre el Comportamiento en Salud - Enfoques Teóricos Contemporáneos.** Complementando los modelos de Ajzen y Rosenstock, la literatura contemporánea subraya que la asistencia al control médico es un fenómeno multifactorial. La comprensión de la asistencia a controles médicos en la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) exige trascender la voluntad individual para examinar la interacción entre el sujeto y su entorno, y se debe abordar variables estructurales, cognitivas y motivacionales.

**5.4.1 El Modelo Conductual de Andersen.** Factores Facilitadores y de Necesidad.

Uno de los pilares para entender el uso de servicios sanitarios es el modelo de Ronald M. Andersen (1995). Este enfoque sostiene que la asistencia no es un acto aislado, sino el resultado de tres dimensiones (Andersen, 1995):

**Factores Predisponentes:** Incluyen la herencia sociodemográfica y las creencias preexistentes del paciente sobre la enfermedad.

**Factores Facilitadores:** Representan los recursos disponibles, como el acceso geográfico, la estabilidad económica y la eficiencia de la red institucional. En el contexto del INADI, las barreras de navegación (filas y trámites) actúan como "facilitadores negativos".

**Factores de Necesidad:** Se refieren a la carga de morbilidad percibida. Si el paciente no experimenta síntomas agudos, su "necesidad percibida" disminuye, lo que, sumado a barreras facilitadoras deficientes, precipita el ausentismo (Alkhawaldeh et al., 2023).

**5.4.2. Autocuidado y Toma de Decisiones: La Teoría de Riegel.** La Teoría del Autocuidado en Enfermedades Crónicas (Riegel et al., 2012) posiciona al paciente como un gestor activo. Según Riegel, el autocuidado implica el mantenimiento (adherencia), la monitorización de síntomas y la gestión (respuesta ante cambios).

Bajo esta óptica, la asistencia al control médico es una herramienta de "monitoreo externo" indispensable. Cuando el paciente deserta, se produce una fractura en el ciclo de autocuidado, dejando al individuo sin los parámetros técnicos necesarios para una toma de decisiones informada, lo que eleva exponencialmente el riesgo de complicaciones.

**5.4.3. El Modelo COM-B: Capacidad, Oportunidad y Motivación.** Para desglosar las barreras específicas, el modelo COM-B (Michie et al., 2011) resulta fundamental. Sostiene que para que ocurra la conducta de "asistir a consulta", deben converger tres elementos:

Capacidad: El conocimiento del paciente sobre su cita y su salud.

Oportunidad: Factores externos como el apoyo social y la viabilidad económica.

Motivación: Los procesos analíticos y emocionales.

Este modelo valida científicamente por qué el miedo a resultados desfavorables actúa como un inhibidor directo de la motivación, anulando la capacidad y la oportunidad, independientemente de que el servicio esté disponible.

**5.4.4. Alfabetización en Salud y la Brecha Comunicativa.** La Organización Mundial de la Salud (Kickbusch et al. y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013) define la alfabetización en salud como la habilidad para aplicar información médica en la vida cotidiana. Niveles bajos de alfabetización generan una "barrera invisible": el paciente asiste, pero no comprende. Esta falta de comprensión reduce la percepción de severidad y el beneficio del control, facilitando la deserción. En poblaciones con niveles educativos básicos, la simplificación del lenguaje médico no es una cortesía, sino una estrategia clínica de retención.

**5.4.5. Autodeterminación y Estrés Psicológico: Factores Evitativos.** Finalmente, la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 2000) explica que la adherencia depende

de la satisfacción de necesidades psicológicas: autonomía, competencia y relación. Si el paciente percibe un trato impersonal o se siente juzgado por sus niveles de glucosa, su autonomía se ve vulnerada, generando desmotivación. Esto se une al concepto de estrés psicológico (Cohen et al., 2007), donde el entorno hospitalario se percibe como una fuente de amenaza. El miedo al diagnóstico ("distrés diabético") activa mecanismos de evitación que postergan la consulta, convirtiendo el control médico en una experiencia de ansiedad en lugar de una oportunidad de bienestar.

## ***6. Seguimiento Clínico en Pacientes con Enfermedades Crónicas***

El seguimiento clínico constituye un componente esencial en la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que permite evaluar de manera continua la evolución del paciente, detectar oportunamente complicaciones y ajustar las intervenciones terapéuticas según las necesidades individuales. En patologías como la diabetes mellitus tipo 2, caracterizadas por su curso prolongado y progresivo, la continuidad del seguimiento médico resulta fundamental para prevenir complicaciones agudas y crónicas, así como para mantener una adecuada calidad de vida (World Health Organization, 2021).

Desde la perspectiva de la atención primaria en salud, el seguimiento continuo favorece una relación sostenida entre el paciente y los servicios de salud, promoviendo la confianza, la comunicación efectiva y la corresponsabilidad en el cuidado de la enfermedad. La ausencia de controles regulares puede derivar en un manejo fragmentado, aumento del riesgo de complicaciones y mayor utilización de servicios de emergencia y hospitalización (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

**6.1 Necesidad de Controles Regulares en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.** Las principales guías internacionales coinciden en que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 requieren controles médicos periódicos para monitorear parámetros clínicos y metabólicos, evaluar la presencia de complicaciones y reforzar conductas de autocuidado. La American Diabetes Association (2024) recomienda controles regulares que incluyan

la evaluación de la glucemia, presión arterial, peso corporal, función renal, salud cardiovascular y estado psicosocial del paciente.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2020) subraya que el seguimiento clínico regular permite detectar de forma temprana complicaciones como neuropatía, retinopatía y nefropatía diabética, así como reducir hospitalizaciones y costos asociados a la atención tardía. Además, la OPS destaca que el control periódico fortalece la adherencia a las recomendaciones médicas y mantiene un vínculo continuo entre el paciente y el sistema de salud, especialmente en contextos de atención primaria.

En este sentido, la asistencia regular a controles médicos no debe entenderse únicamente como un acto clínico, sino como una estrategia integral de prevención secundaria y terciaria en el manejo de la diabetes tipo 2.

**6.2 Factores que Favorecen o Dificultan la Continuidad del Seguimiento Clínico.** La continuidad del seguimiento clínico en pacientes con enfermedades crónicas está influida por múltiples factores de carácter individual, social e institucional. Entre los factores que favorecen la asistencia regular se encuentran la percepción de beneficio del control médico, la educación en salud, la relación positiva con el personal sanitario y la accesibilidad a los servicios de salud (World Health Organization, 2022).

Por el contrario, diversos estudios han identificado factores que dificultan la continuidad del seguimiento, tales como barreras económicas, largas distancias a los centros de atención, tiempos de espera prolongados, horarios poco flexibles y experiencias negativas previas en el sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020). A nivel individual, aspectos emocionales como el miedo a recibir malas noticias, la negación de la enfermedad, la ansiedad y la baja percepción de riesgo también pueden limitar la asistencia regular a controles médicos, incluso cuando el paciente reconoce su importancia.

Estos factores interactúan con las actitudes y barreras percibidas del paciente, influyendo directamente en la decisión de asistir o no a los controles clínicos programados.

**6.3 Intervenciones Efectivas para Mejorar la Asistencia al Seguimiento Clínico.** La evidencia señala que la implementación de intervenciones multifactoriales puede mejorar significativamente la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes y otras enfermedades crónicas. Entre las estrategias más efectivas se encuentran los sistemas de recordatorios (telefónicos, mensajes de texto o digitales), los programas de educación para el autocuidado y el acompañamiento continuo por parte del equipo de salud (American Diabetes Association (ADA), 2024).

Asimismo, la OPS y la OMS destacan la importancia de adaptar los servicios de salud a las necesidades del paciente, mediante horarios ampliados, atención cercana al lugar de residencia y el uso de telesalud para reducir barreras de acceso

(World Health Organization, 2022). Estas intervenciones no solo favorecen la asistencia regular, sino que también fortalecen la relación paciente – servicio de salud y mejoran los resultados clínicos a largo plazo.

En conjunto, el seguimiento clínico continuo se configura como un elemento clave para el control efectivo de la diabetes mellitus tipo 2, siendo necesario comprender los factores que influyen en su continuidad para diseñar estrategias institucionales orientadas a mejorar la asistencia a controles médicos.

## **V. Metodología**

### **5.1 Congruencia Metodológica**

La presente investigación guarda coherencia interna entre el problema de investigación, los objetivos, las variables, el enfoque metodológico y los instrumentos de recolección de datos. El estudio se orienta a describir las actitudes y barreras percibidas que influyen en la asistencia a los controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI) de Tegucigalpa.

El enfoque cuantitativo permite medir estas variables mediante instrumentos estructurados, mientras que el diseño descriptivo, no experimental y transversal resulta congruente con el propósito de observar y caracterizar los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural, sin manipulación de variables. Asimismo, los instrumentos seleccionados se alinean directamente con los objetivos específicos, garantizando la validez conceptual del estudio.

### **5.2 Matriz Metodológica**

**Tabla 1.**  
**Matriz Metodológica.**

Título	Problema	Pregunta de Investigación	Objetivos		Variables	
			General	Específicos	Independiente	Dependiente
Actitudes y barreras percibidas asociadas a la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI) de Tegucigalpa.	A pesar de la importancia del seguimiento clínico continuo para el control de la diabetes mellitus tipo 2, se observa que una proporción significativa de pacientes no asiste de manera regular a los controles médicos programados en el INADI, lo que puede favorecer	¿Cuáles son las actitudes y las barreras percibidas que influyen en la asistencia a los controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI) de Tegucigalpa?	Analizar las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Tegucigalpa, del 10 de febrero al 06	1. Identificar las principales razones por las cuales los pacientes asisten o no asisten regularmente a consulta. 2. Describir las actitudes de los pacientes frente al seguimiento clínico y la percepción de su importancia. 3. Explorar factores personales, emocionales y	Actitudes del paciente y barreras percibidas	Asistencia a controles médicos

Título	Problema	Pregunta de Investigación	Objetivos		Variables	
			General	Específicos	Independiente	Dependiente
	la aparición de complicaciones y afectar la eficacia del tratamiento.		de marzo de 2026.	contextuales asociados con la asistencia irregular. 4. Formular recomendaciones al INADI para promover la asistencia continua a controles.		

### 5.3 Operacionalización de las Variables

**Tabla 2.**

*Matriz de Operacionalización de las Variables.*

Objetivo Específico	Variable	Concepto	Definición Operacional	Tipo de Variable	Qué Datos Responden a la Variable	Fuente de Obtención de Datos de la Variable	Técnica	Instrumento a Construir	Indicadores	Ítem o Pregunta
Identificar las principales razones por las cuales los pacientes asisten o no asisten regularmente a consulta.	Asistencia a controles médicos	Grado de cumplimiento del paciente con las consultas médicas programadas para el seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2.	Nivel de asistencia auto reportado por el paciente, expresado a través de preguntas sobre frecuencia, puntualidad e inasistencias a consulta.	Dependiente, Cuantitativa, Ordinal	Frecuencia de asistencia a consultas, cumplimiento de citas programadas y continuidad del seguimiento clínico.	Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI.	Encuesta	Ficha sociodemográfica y de asistencia a controles	Frecuencia de asistencia, Regularidad en consultas, Puntualidad	¿Asiste regularmente a sus consultas médicas? ¿Ha dejado de asistir a consultas programadas? ¿Cumple con las fechas y horarios de las citas asignadas?

Objetivo Específico	Variable	Concepto	Definición Operacional	Tipo de Variable	Qué Datos Responden a la Variable	Fuente de Obtención de Datos de la Variable	Técnica	Instrumento a Construir	Indicadores	Ítem o Pregunta
Describir las actitudes de los pacientes frente al seguimiento clínico y la percepción de su importancia.	Actitudes del paciente	Predisposición psicológica aprendida que influye en la evaluación y respuesta del paciente ante el seguimiento clínico y la atención médica.	Puntaje obtenido en el Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI), medido mediante escala Likert de cinco puntos.	Independiente, Cuantitativa, Ordinal	Nivel de acuerdo del paciente respecto a la utilidad, importancia, confianza y motivación asociadas a la atención médica.	Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI.	Encuesta	Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI)	Percepción de beneficio del control médico, Confianza en el personal de salud, Motivación hacia el autocuidado, Comunicación médico-paciente.	¿Cree que asistir a consulta mejora su salud? ¿Confía en que el personal del INADI se preocupa por su bienestar? ¿Considera innecesarias las consultas cuando se siente bien (ítem inverso)? ¿Se siente escuchado y comprendido durante la

Objetivo Específico	Variable	Concepto	Definición Operacional	Tipo de Variable	Qué Datos Responden a la Variable	Fuente de Obtención de Datos de la Variable	Técnica	Instrumento a Construir	Indicadores	Ítem o Pregunta
Explorar factores personales, emocionales y contextuales asociados con la asistencia irregular.	Barreras percibidas	Obstáculos que el paciente percibe como dificultades para asistir a los controles médicos.	Puntaje obtenido en la Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI), mediante escala Likert de frecuencia.	Independiente, Cuantitativa, Ordinal	Frecuencia con la que el paciente experimenta barreras económicas, institucionales, emocionales y sociales	Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI.	Encuesta	Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI)	Barreras económicas, Barreras institucionales, Barreras emocionales, Barreras sociales y cognitivas	<p>consulta? ¿Considera importante asistir puntualmente a las citas médicas?</p> <p>Falta de tiempo para asistir a consulta. Dificultad para pagar transporte u otros costos. Desmotivación cuando no percibe mejoría.</p>

Objetivo Específico	Variable	Concepto	Definición Operacional	Tipo de Variable	Qué Datos Responden a la Variable	Fuente de Obtención de Datos de la Variable	Técnica	Instrumento a Construir	Indicadores	Ítem o Pregunta
					para asistir a consulta.					Molestia por tiempos de espera prolongados. Olvido de fechas u horarios de cita. Miedo a recibir malas noticias sobre su salud. Estrés o ansiedad asociados a la visita médica.

## 5.4 Enfoque y Métodos

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, el cual permite medir de forma objetiva las variables de estudio y analizar estadísticamente las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI). Este enfoque resulta pertinente debido a que el estudio se orienta a describir y analizar fenómenos medibles mediante datos numéricos, facilitando la sistematización, comparación y análisis de los resultados obtenidos.

De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), el enfoque cuantitativo se caracteriza por el uso de instrumentos estructurados, la medición objetiva de variables y el análisis estadístico de los datos, permitiendo describir patrones y relaciones entre variables dentro de un marco metodológico riguroso. En este sentido, el enfoque cuantitativo se considera adecuado para investigaciones de alcance descriptivo, como la presente, en las que se busca identificar y caracterizar actitudes, percepciones y barreras en una población definida.

Si bien diversos autores señalan que el enfoque mixto permite maximizar las fortalezas de los métodos cuantitativos y cualitativos, integrando distintos tipos de datos para una comprensión más amplia del fenómeno estudiado (Hernández Sampieri et al., 2014), en esta investigación se optó por un enfoque exclusivamente cuantitativo. Esta decisión metodológica se fundamenta en que los objetivos planteados se centran en la medición de variables mediante escalas estandarizadas y preguntas cerradas, lo que garantiza mayor precisión, objetividad y facilidad en el análisis de la información.

El área de estudio corresponde al campo de la salud pública y la atención primaria de salud, específicamente al seguimiento clínico de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en la diabetes mellitus tipo 2. La recolección de datos se realizará en el INADI, mediante la aplicación de encuestas estructuradas a pacientes que asisten a consulta externa, utilizando instrumentos diseñados para evaluar actitudes hacia la atención médica y barreras percibidas para la asistencia a controles.

Para el análisis de los datos se emplearán técnicas estadísticas descriptivas, tales como frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, las cuales permitirán caracterizar las variables sociodemográficas, las actitudes del paciente y las barreras percibidas. Estas técnicas facilitarán la interpretación de los resultados y la generación de conclusiones que contribuyan a la toma de decisiones institucionales orientadas a mejorar la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La selección del enfoque y los métodos responde a la aplicación del método científico, asegurando congruencia entre el problema de investigación, los objetivos, las variables y las técnicas de análisis, así como la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

### **5.5 Alcance de la Investigación**

La presente investigación tiene un alcance descriptivo, ya que se orienta a identificar, caracterizar y describir las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI) de Tegucigalpa, del 10 de febrero al 06 de marzo de 2026. Este tipo de alcance permite detallar las características del fenómeno estudiado sin establecer relaciones causales ni probar efectos de intervención.

De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y perfiles de personas, grupos o fenómenos sometidos a análisis, proporcionando información sistemática y organizada que facilite su comprensión. En este sentido, la investigación pretende describir cómo perciben los pacientes la importancia de los controles médicos, cuáles son sus actitudes frente al seguimiento clínico y qué barreras personales, emocionales, sociales e institucionales influyen en su asistencia o inasistencia a las consultas programadas.

El alcance descriptivo resulta pertinente debido a que el estudio se desarrolla en un contexto institucional específico y con una población delimitada, lo que permite obtener un panorama detallado de la situación actual sin modificar las variables ni introducir

manipulaciones experimentales. Asimismo, este alcance contribuye a generar información útil para la toma de decisiones en el ámbito de la atención primaria de salud, particularmente para el diseño de estrategias de intervención psicoeducativa y organizacional orientadas a mejorar la asistencia a controles médicos.

Los resultados obtenidos permitirán establecer una base empírica para futuras investigaciones de tipo correlacional o explicativo, así como para el desarrollo de programas de mejora institucional en el INADI, enfocados en el fortalecimiento del seguimiento clínico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

## **5.6 Diseño de la Investigación**

El diseño de la presente investigación es no experimental, ya que las variables no serán manipuladas deliberadamente, sino que se observarán y medirán tal como se presentan en su contexto natural. En este tipo de diseño, el investigador se limita a registrar y analizar los fenómenos sin intervenir sobre ellos, lo cual resulta adecuado para estudios realizados en entornos reales de atención en salud, como el Instituto Nacional del Diabético (INADI).

De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), retomando a *The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences*, “*lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos*” (p. 152). En este estudio, las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos serán evaluadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el momento en que acuden a consulta, respetando su realidad clínica y social.

Asimismo, el diseño es de corte transversal, dado que la recolección de los datos se realizará en un único momento o periodo determinado, sin seguimiento longitudinal de los participantes. Este tipo de diseño permite obtener una “fotografía” de la situación actual de la población estudiada, facilitando la descripción de las variables de interés en un tiempo específico.

El diseño no experimental y transversal resulta pertinente para cumplir con los objetivos planteados, ya que permite analizar de manera eficiente las actitudes y barreras percibidas asociadas a la asistencia a controles médicos, sin alterar el curso normal de la atención clínica ni interferir en el tratamiento de los pacientes. Además, este diseño es congruente con el enfoque cuantitativo y el alcance descriptivo del estudio, garantizando coherencia metodológica y viabilidad en su ejecución.

### **5.7 Técnicas e Instrumentos Aplicados**

En la presente investigación se emplearon técnicas e instrumentos diseñados para recopilar información sobre las actitudes, percepciones y barreras relacionadas con la asistencia a controles médicos en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI) en Tegucigalpa, del 10 de febrero al 06 de marzo de 2026. El enfoque metodológico se orienta a la recolección de datos cuantitativos mediante cuestionarios estructurados, permitiendo describir las características del fenómeno estudiado en relación con los objetivos de la investigación (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Para la obtención de la información se utilizó la técnica de encuesta, aplicada de manera directa a pacientes que asisten a consulta externa en la institución, en un período comprendido del 10 de febrero al 06 de marzo de 2026, en un horario de 06:00 a.m. a 09:30 a.m., de lunes a viernes. Esta técnica permite recopilar datos de forma sistemática sobre percepciones, actitudes y condiciones relacionadas con el seguimiento clínico en personas con enfermedades crónicas.

Previo a la aplicación formal de los instrumentos, se realizó una prueba piloto con 24 pacientes de consulta externa del INADI, con el objetivo de evaluar la claridad de los ítems, la comprensión del lenguaje utilizado y el tiempo estimado de aplicación. A partir de esta fase preliminar, la institución solicitó la incorporación de algunos elementos adicionales en la ficha sociodemográfica, con el propósito de fortalecer la generación de una base de datos institucional.

Como resultado de estas recomendaciones, la ficha sociodemográfica fue ajustada para incluir datos de identificación del participante, tales como nombre, número de Documento Nacional de Identificación (DNI), número de teléfono y firma, con fines administrativos y de registro institucional. Asimismo, se incorporó una sección de sugerencias dirigida a la institución, destinada a que los pacientes puedan expresar opiniones o recomendaciones relacionadas con la atención recibida en el centro asistencial.

Los instrumentos utilizados en la investigación son los siguientes:

1. Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI): Instrumento diseñado para evaluar las percepciones y actitudes de los pacientes respecto a la importancia de las consultas médicas y la relación con los profesionales de salud. Está compuesto por 10 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”.

2. Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI): Instrumento orientado a identificar factores personales, emocionales, económicos e institucionales que pueden dificultar la asistencia regular a los controles médicos. Está conformado por 10 ítems con cinco categorías de respuesta que van desde “nunca” hasta “siempre”.

3. Ficha sociodemográfica: Instrumento estructurado que recoge información general de los participantes, incluyendo sexo, edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, tiempo desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, presencia de comorbilidades, lugar de residencia (zona urbana o rural), limitaciones físicas que puedan dificultar el llenado del cuestionario y frecuencia de asistencia a controles médicos. Esta ficha también incluye un apartado de datos de identificación y un espacio para sugerencias o comentarios del paciente hacia la institución, de acuerdo con los requerimientos del INADI.

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera presencial en el área de consulta externa del Instituto Nacional del Diabético (INADI). El proceso se estructuró mediante un documento integral que incluía, en su primera sección, el Consentimiento Informado. Previa a la

recolección de cualquier dato, se explicó de manera detallada y personalizada a cada participante el propósito del estudio, el carácter voluntario de su participación y la garantía de confidencialidad de la información.

Una vez que el paciente comprendía y aceptaba los términos mediante su firma, se procedía al llenado de las secciones subsiguientes: la ficha sociodemográfica, el cuestionario de actitudes y la escala de barreras percibidas (ver **Anexo A**). Este abordaje aseguró que el participante estuviera plenamente consciente del uso académico de su información antes de proporcionar datos personales o clínicos.

Los cuestionarios fueron autoadministrados en la mayoría de los casos; sin embargo, cuando algunos pacientes presentaban limitaciones físicas que dificultaban el llenado del instrumento, como temblor en las manos, dificultades visuales, amputaciones o analfabetismo, se brindó apoyo para la lectura de las preguntas y el registro de las respuestas, respetando en todo momento las indicaciones proporcionadas por el participante. Esta asistencia se realizó únicamente con el propósito de facilitar la participación, procurando no influir en las respuestas emitidas por los pacientes.

### ***5.7.1 Población***

La población objeto de estudio está conformada por pacientes adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, que reciben atención en consulta externa en el INADI, Tegucigalpa, Honduras. Se considera relevante incluir a pacientes de diferentes edades, sexos y niveles educativos para reflejar la diversidad del contexto institucional y asegurar la representatividad de los resultados (Hernández Sampieri et al., 2014), considerando como criterios de inclusión, a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de DMT2, registrados en la base de datos del INADI, que asistan a consulta externa durante el periodo de recolección de datos y que otorguen consentimiento informado para participar en la investigación.

Se consideran criterios de exclusión, pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 u otras formas de diabetes, pacientes con alteraciones cognitivas o psiquiátricas que dificulten la

comprensión de los instrumentos y pacientes que se nieguen a participar o no completen los cuestionarios.

### **5.7.2 Muestra**

La muestra fue no probabilística por conveniencia, conformada por pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que asistieron a consulta externa durante el periodo de recolección de datos en el INADI.

Inicialmente se realizó una prueba piloto con 24 pacientes, con el objetivo de evaluar la claridad de los ítems, el tiempo de aplicación de los instrumentos y la comprensión de las preguntas. Dado que los instrumentos no requirieron modificaciones tras esta aplicación preliminar, la institución decidió integrar los cuestionarios del piloto en la base de datos final del estudio.

Posteriormente, durante la fase principal de recolección de información, se aplicaron 353 cuestionarios adicionales a pacientes que acudieron a consulta externa y aceptaron participar en la investigación.

En consecuencia, la base de datos final estuvo conformada por 377 participantes (353 correspondientes a la fase principal y 24 de la prueba piloto). En aquellos casos en los que algunos datos sociodemográficos fueron incorporados posteriormente al instrumento, las respuestas no registradas durante la prueba piloto fueron codificadas como datos desconocidos, con el fin de mantener la consistencia del registro.

Este tipo de muestreo es común en investigaciones descriptivas realizadas en contextos institucionales, donde el acceso a los participantes depende de su disponibilidad y asistencia al servicio de salud (Hernández Sampieri et al., 2014).

### 5.7.3 Procedimientos

**5.7.3.1 Preparación y Validación de Instrumentos.** Para la recolección de información se diseñaron tres instrumentos estructurados, basados en escalas utilizadas en estudios sobre comportamiento en salud y adaptados al contexto institucional del INADI.

Los instrumentos fueron sometidos a un proceso de validación de contenido previo a su aplicación. En una primera fase, fueron revisados por la profesional de psicología asignada por el Instituto Nacional del Diabético (INADI) y por el Departamento de Investigación de la institución, como parte del proceso de evaluación de la propuesta de investigación. Esta revisión incluyó la pertinencia de los ítems, la claridad de las preguntas y la coherencia con los objetivos del estudio.

Como resultado de este proceso, los instrumentos y la programación de la investigación fueron aprobados mediante Oficio N° DG-356-2025, emitido por la Dirección General del INADI y dirigido a la universidad, otorgando el visto bueno para su aplicación en el contexto institucional (ver **Anexo B**).

Posteriormente, el 06 de febrero de 2026, los instrumentos fueron nuevamente sometidos a validación utilizando el formulario de validación de instrumentos facilitado por la universidad, con el fin de asegurar su claridad, relevancia y adecuación metodológica antes de su aplicación definitiva (ver **Anexo C**). Se detallan a continuación:

1. Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI): Instrumento diseñado para evaluar las percepciones y actitudes de los pacientes respecto a la asistencia a controles médicos, la relación con el personal de salud y la importancia atribuida al seguimiento clínico.
2. Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI): Instrumento orientado a identificar factores personales, económicos, institucionales y emocionales que pueden dificultar la asistencia regular a consultas médicas.

3. Ficha sociodemográfica: Instrumento destinado a recopilar información básica de los participantes, incluyendo datos de identificación, edad, sexo, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia (zona urbana o rural), tiempo desde el diagnóstico de diabetes, presencia de comorbilidades asociadas y otros aspectos relevantes para la construcción de una base de datos institucional.

**5.7.3.2 Aplicación de Instrumentos.** La recolección de datos se llevó a cabo de forma presencial en las instalaciones del INADI, a partir del 10 de febrero de 2026, durante la jornada de consulta externa (ver **Anexo D**).

A los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a participar de manera voluntaria. Aquellos que aceptaron firmaron el consentimiento informado antes de completar los instrumentos.

Los cuestionarios fueron respondidos de forma individual utilizando escalas tipo Likert, lo cual permite cuantificar percepciones, actitudes y experiencias relacionadas con la atención médica (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009).

En algunos casos, determinados pacientes presentaban limitaciones físicas o dificultades de lectura, tales como baja visión, temblor en las manos, amputaciones o analfabetismo. En estas situaciones, el investigador brindó apoyo en la lectura y registro de las respuestas, respetando siempre las respuestas expresadas por el participante y procurando no influir en ellas.

**5.7.3.3 Registro y control de datos.** Los cuestionarios completos se recopilaron y codificaron para su análisis. Los datos se almacenarán de manera segura y anónima para proteger la identidad de los participantes. Se realizó una revisión preliminar de los instrumentos para verificar la consistencia interna y de las respuestas, así como que estén completas, asegurando la confiabilidad de la información recolectada (Hernández Sampieri et al., 2014).

El uso de estos instrumentos y procedimientos permitirá obtener información cuantitativa confiable sobre las actitudes y barreras percibidas, facilitando el análisis estadístico y la interpretación de los factores que influyen en la asistencia a controles médicos en pacientes con DMT2. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014; The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009)

Los cuestionarios completados fueron entregados al Instituto Nacional del Diabético (INADI) como parte del proceso de resguardo institucional de la información, dado que la investigación se desarrolla en el marco de dicha entidad y sus resultados podrán ser utilizados para fines institucionales (ver **Anexo E**).

No obstante, previo a su entrega, la información fue registrada y sistematizada en una base de datos digital para su análisis, garantizando el acceso del investigador a los datos necesarios para el desarrollo del estudio (ver **Anexo F**). Asimismo, se aseguró que el manejo de la información se realizara respetando los principios de confidencialidad y uso exclusivo con fines académicos y de investigación.

## **5.8 Fuentes de Información**

En esta investigación se utilizarán fuentes de información primarias y secundarias para recopilar los datos necesarios y sustentar el análisis:

### ***5.8.1 Fuentes primarias***

Corresponden a los datos directamente obtenidos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI, mediante la aplicación de los instrumentos diseñados para la investigación:

1. Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI): evalúa las percepciones y actitudes de los pacientes frente a la asistencia a consultas médicas.
2. Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI): identifica factores personales, económicos, institucionales y emocionales que dificultan la asistencia a los controles médicos.
3. Ficha sociodemográfica breve: recoge información sobre edad, sexo, escolaridad, tiempo de diagnóstico y comorbilidades.

### ***5.8.2 Fuentes secundarias***

Comprenden documentos y publicaciones científicas que respaldan el marco teórico y metodológico del estudio, así como datos estadísticos nacionales e internacionales sobre la diabetes mellitus tipo 2 y la asistencia a controles médicos:

1. Informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la World Health Organization (OMS) sobre diabetes y seguimiento clínico.
2. Publicaciones científicas indexadas en revistas académicas sobre actitudes, barreras y adherencia en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
3. Normativas y estándares de atención de la American Diabetes Association (ADA) relacionados con seguimiento clínico y autocuidado de la diabetes.
4. Información institucional del INADI sobre registro de pacientes, servicios ofrecidos y datos de atención.

La combinación de estas fuentes garantiza que la investigación cuente con información confiable, actualizada y relevante, permitiendo una descripción precisa de las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes tipo 2 en el contexto del INADI.

## 5.9 Limitantes de la Investigación

Toda investigación enfrenta restricciones que pueden afectar el alcance y la generalización de los resultados. En el presente estudio, se identifican las siguientes limitantes:

1. Al utilizar un muestreo por conveniencia, la selección de participantes se limita a quienes asisten a consulta durante el periodo de recolección de datos, lo que puede generar sesgo y afectar la representatividad.
2. El estudio se realiza en un periodo determinado, lo que podría no reflejar cambios estacionales o variaciones en la asistencia a controles a lo largo del año.
3. Factores subjetivos: La información obtenida mediante cuestionarios autoadministrados depende de la percepción y honestidad de los participantes, lo que podría introducir sesgos de respuesta, especialmente en temas relacionados con actitudes y barreras percibidas.
4. Retrasos administrativos en el inicio de la recolección de datos: El inicio del proceso de recolección de información presentó un retraso con respecto al cronograma inicialmente establecido, debido a procesos administrativos internos de la institución. Como resultado, la aplicación de los instrumentos comenzó el 10 de febrero, en lugar del 19 de enero como estaba previsto, lo que redujo el tiempo disponible para la fase de levantamiento de datos.

A pesar de estas limitaciones, la investigación busca proporcionar información relevante y contextualizada sobre las actitudes y barreras percibidas en pacientes con diabetes tipo 2 en el INADI, sirviendo como base para futuras estrategias de seguimiento clínico y educación en salud.





## VI. Resultados y Análisis

Para el desarrollo del estudio se aplicaron un total de 377 encuestas a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa del Instituto Nacional del Diabético (INADI), durante el período comprendido entre el 10 de febrero y el 06 de marzo de 2026.

La recolección de datos se realizó mediante tres instrumentos: el Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI), la Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI) y una ficha sociodemográfica, los cuales permitieron obtener información sobre las percepciones, actitudes y factores asociados a la asistencia a los controles médicos en esta población.

El propósito de esta fase fue analizar las actitudes y barreras percibidas que influyen en la asistencia a los controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos recolectados.

### Ficha Sociodemográfica

**Tabla 3.**

#### *Sexo de los participantes*

<b>Sexo</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Femenino	284	75.3%
Masculino	93	24.7%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

La muestra se compone mayoritariamente por mujeres, quienes representan el 75.3% ( $n=284$ ) del total, mientras que la participación masculina constituye el 24.7% ( $n= 93$ ). (Ver tabla 3.)

**Tabla 4.**

*Edad de los participantes*

<b>Rango de Edad</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
18 a 29 años	2	0.5%
30 a 39 años	8	2.1%
40 a 49 años	48	12.7%
50 a 59 años	109	28.9%
60 a 69 años	124	32.9%
70 a 79 años	72	19.1%
80 a 89 años	13	3.4%
> 89 años	1	0.3%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

La población estudiada se concentra principalmente en adultos mayores, destacando el grupo de 60 a 69 años con el 32.9% ( $n = 124$ ), seguido por el rango de 50 a 59 años con un 28.9% ( $n = 109$ ). En contraste, los participantes menores de 30 años representan apenas el 0.5% ( $n = 2$ ) del total de la muestra. (Ver tabla 4.)

**Tabla 5.***Nivel de escolaridad de los participantes*

<b>Nivel de Escolaridad</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Sin escolaridad	20	5.3%
Primaria incompleta	98	26.0%
Primaria completa	87	23.1%
Secundaria incompleta	41	10.9%
Secundaria completa	78	20.7%
Educación superior	49	13.0%
No respondió	4	1.1%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la escolaridad, predomina el nivel primario con un 49.1% ( $n = 185$ ) entre primaria completa e incompleta, seguido por la educación secundaria terminada con un 20.7% ( $n = 78$ ). Por último, el 13.0% ( $n = 49$ ) de los participantes cuenta con estudios de educación superior. (Ver tabla 5.)

**Tabla 6.***Estado civil de los participantes*

<b>Estado Civil</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Soltero	102	27.1%
Casado(a) / Unión libre	190	50.4%
Separado(a) / Divorciado(a)	31	8.2%
Viudo(a)	50	13.3%
No respondió	4	1.1%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Predomina la población que vive en pareja, representando el 50.4% ( $n = 190$ ) entre casados y en unión libre, seguida por un 27.1% ( $n = 102$ ) de solteros. Por otra parte, el grupo de personas viudas constituye el 13.3% ( $n = 50$ ) de la muestra total. (Ver tabla 6.)

**Tabla 7.**

*Ocupación principal de los participantes*

<b>Ocupación Principal</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Ama de casa	221	58.6%
Desempleado(a)	49	13.0%
Empleado(a)	19	5.0%
Jubilado(a)	19	5.0%
Trabajo informal	63	16.7%
No respondió	6	1.6%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

La ocupación predominante es ama de casa con el 58.6% ( $n = 221$ ) de los participantes, seguida por el trabajo informal que representa el 16.7% ( $n = 63$ ). Por el contrario, el desempleo y la jubilación constituyen proporcionalmente el 13.0% ( $n = 49$ ) y el 5.0% ( $n = 19$ ) respectivamente. (Ver tabla 7.)

**Tabla 8.*****Tiempo desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2***

<b>Tiempo de diagnóstico</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	10	2.7%
1 – 5 años	81	21.5%
6 – 10 años	63	16.7%
Más de 10 años	210	55.7%
No respondió	13	3.4%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Predominan los pacientes con una evolución de la enfermedad prolongada, representando el 55.7% ( $n = 210$ ) quienes tienen más de 10 años de diagnóstico, seguidos por un 21.5% ( $n=81$ ) en el rango de 1 a 5 años. Solo el 2.7% ( $n = 10$ ) de la muestra corresponde a diagnósticos recientes menores a un año. (Ver tabla 8.)

**Tabla 9.*****Presencia de otras enfermedades (comorbilidades)***

<b>Presencia de comorbilidad</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Si	280	74.3%
No	83	22.0%
No respondió	14	3.7%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Existe una elevada prevalencia de comorbilidades, afectando al 74.3% ( $n = 280$ ) de los participantes que reportaron padecer otras enfermedades además de la diabetes. En contraste, solo el 22.0% ( $n = 83$ ) de la muestra indicó no presentar patologías adicionales. (Ver tabla 9.)

**Tabla 10.**

*Comorbilidades y complicaciones crónicas reportadas por los pacientes*

<b>Comorbilidad/ Complicación</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	224	35.8%
Neuropatía diabética	83	13.3%
Problemas de la vista (retinopatía, cataratas)	72	11.5%
Dislipidemia (colesterol o triglicéridos altos)	52	8.3%
Hipotiroidismo	45	7.2%
Obesidad	35	5.6%
Enfermedad cardiovascular	28	4.5%
Pie diabético	28	4.5%
Enfermedad renal	6	1.0%
Otras patologías*	52	8.3%
<b>Total de menciones</b>	<b>625</b>	<b>100%</b>

*Nota.* Análisis basado en las respuestas de los participantes que confirmaron padecer otras enfermedades ( $n = 280$ ). Se permitía la selección múltiple de opciones. Las "Otras patologías" incluyen casos aislados de asma, artritis, gastritis y trastornos tiroideos.

Fuente: Elaboración propia

En relación con las comorbilidades y complicaciones asociadas, se identificó que la hipertensión arterial es la condición más prevalente, representando el 35.8% ( $n = 224$ ) de las menciones totales. Asimismo, destacan complicaciones propias de la diabetes como la neuropatía (13.3%,  $n = 83$ ) y los problemas de visión (11.5%). Cabe señalar que, al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple, se registraron un total de 625 diagnósticos entre los 280 pacientes que manifestaron padecer enfermedades adicionales a la diabetes. (Ver tabla 10.)

**Tabla 11.***Zona de residencia*

<b>Zona</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Urbana	259	68.7%
Rural	76	20.2%
No respondió	42	11.1%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la procedencia, la mayoría de los participantes reside en la zona urbana con un 68.7% ( $n = 259$ ), mientras que el 20.2% ( $n = 76$ ) habita en áreas rurales. El 11.1% ( $n = 42$ ) restante de la muestra no proporcionó información sobre su domicilio. (Ver tabla 11.)

**Tabla 12.***Limitaciones físicas para el llenado del cuestionario*

<b>Presencia de limitaciones</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Si	108	28.6%
No	244	64.7%
No respondió	25	6.6%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la capacidad para completar el instrumento, el 64.7% ( $n = 244$ ) de los participantes manifestó no tener dificultades, mientras que un 28.6% ( $n = 108$ ) reportó limitaciones físicas. El restante 6.6% ( $n = 25$ ) de la muestra no brindó información sobre este indicador. (Ver tabla 12.)

**Tabla 13.*****Tipos de limitaciones físicas reportadas para el llenado del cuestionario***

<b>Limitación Física</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Problemas de visión	85	54.1%
Dificultad para leer	37	23.6%
Dificultad en las manos	10	6.4%
Otras limitaciones*	25	15.9%
<b>Total de menciones</b>	<b>157</b>	<b>100%</b>

*Nota.* Análisis basado en los participantes que confirmaron poseer limitaciones físicas ( $n = 108$ ). Se permitía la selección múltiple. (\*) Las "Otras limitaciones" agrupan reportes de dificultad para escribir, caminar, escuchar, parálisis, retinopatía y condición de sordomuda.

Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en la Tabla 13, la principal limitación física identificada por los pacientes son los problemas de visión, representando el 54.1% ( $n = 85$ ) de las menciones, seguido de la dificultad para leer con un 23.6% ( $n = 37$ ). Cabe destacar que, al ser una pregunta de respuesta múltiple, se registraron un total de 157 limitaciones entre los 108 pacientes que reportaron dificultades, evidenciando que una parte de la muestra presenta barreras físicas combinadas para interactuar con los instrumentos de salud. (Ver tabla 13.)

**Tabla 14.*****Registrados como pacientes en el INADI***

<b>Paciente Registrado</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Si	352	93.4%
No	5	1.3%
No respondió	20	5.3%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

La gran mayoría de los participantes se encuentran registrados como pacientes del INADI, representando el 93.4% ( $n = 352$ ) del total de la muestra. En contraste, solo el 1.3% ( $n=5$ ) indicó no estar registrado, mientras que un 5.3% ( $n = 20$ ) no brindó información al respecto. (Ver tabla 14.)

**Tabla 15.**

*Frecuencia de asistencia a las citas médicas*

<b>Frecuencia de asistencia</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Siempre asisto a mis citas	327	86.7%
Casi siempre	32	8.5%
A veces	7	1.9%
Rara vez	1	0.3%
No respondió	10	2.7%
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100%</b>

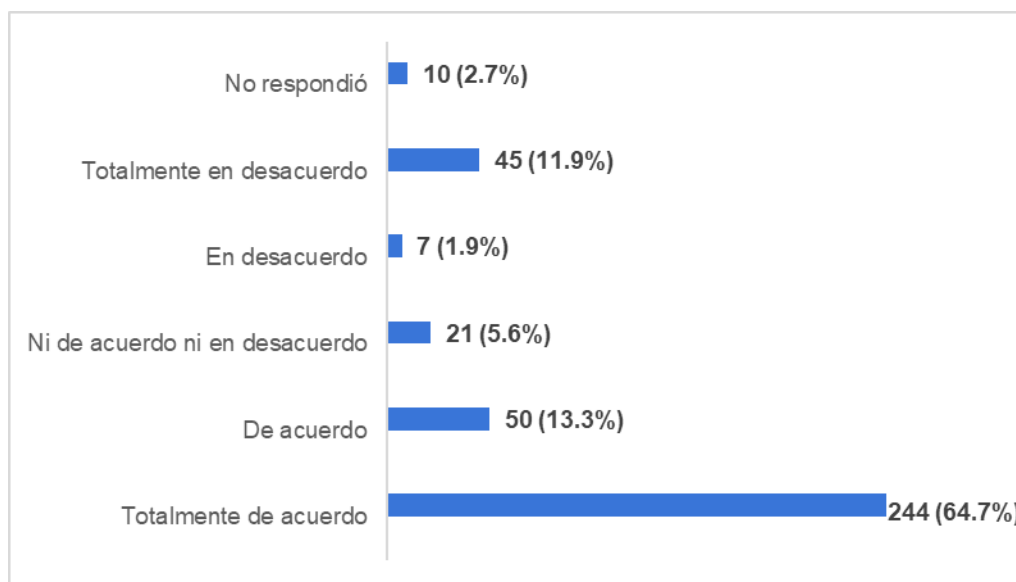
Fuente: Elaboración propia

Se observa una alta adherencia a las citas médicas, con el 86.7% ( $n = 327$ ) de los pacientes que manifiesta asistir siempre, seguido por un 8.5% ( $n = 32$ ) que lo hace casi siempre. Por el contrario, la inasistencia frecuente (a veces o rara vez) solo representa el 2.2% ( $n = 8$ ) de la muestra. (Ver tabla 15.)

### Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI)

**Figura 3.**

*Creo que asistir a mis consultas médicas mejora mi salud*

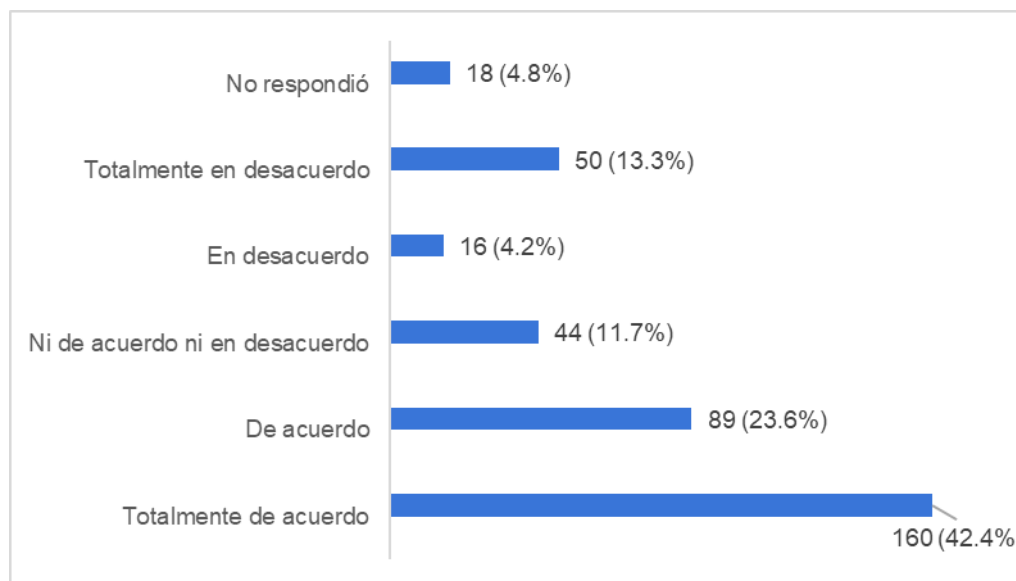


Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en la Figura 3, existe una marcada percepción positiva sobre el beneficio de las consultas médicas en la salud de los pacientes. Un 64.7% ( $n = 244$ ) de los encuestados manifestó estar totalmente de acuerdo con esta premisa, sumado a un 13.3% ( $n = 50$ ) que se declaró de acuerdo. En contraste, el grupo que reportó algún grado de desacuerdo representa únicamente el 13.8% ( $n = 52$ ) de la muestra total analizada en el INADI. (Ver figura 3.)

**Figura 4.**

*Confío en que los profesionales del INADI se preocupan por mi bienestar*

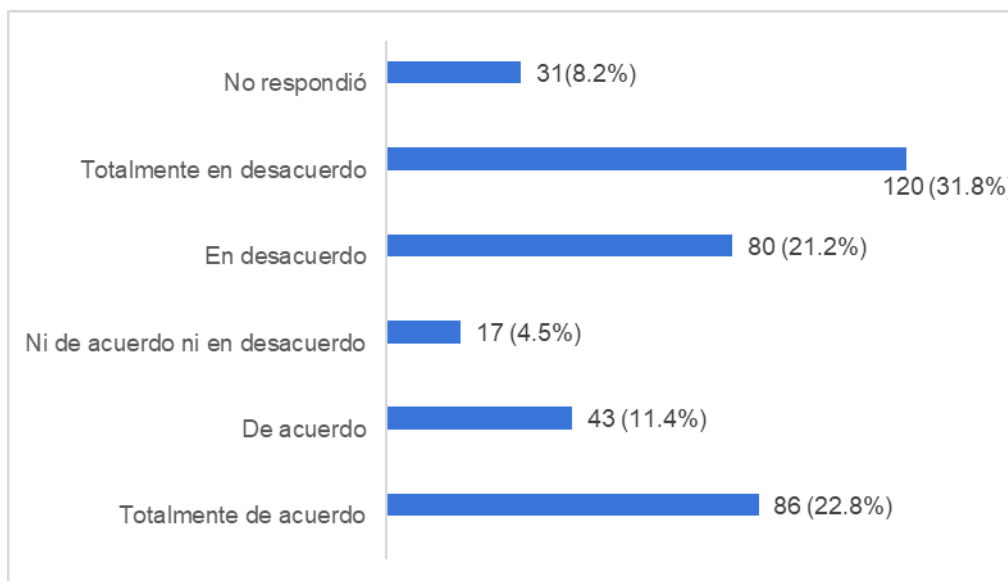


Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en la Figura 4, prevalece una postura de conformidad entre los participantes, donde el 42.4% ( $n = 160$ ) manifestó estar totalmente de acuerdo y el 23.6% ( $n = 89$ ) de acuerdo con la premisa evaluada. Por otra parte, el 17.5% ( $n = 66$ ) de la muestra expresó algún nivel de desacuerdo, mientras que un 11.7% ( $n = 44$ ) mantuvo una posición neutral. (Ver figura 4.)

**Figura 5.**

*A veces siento que las consultas no son necesarias si me siento bien*

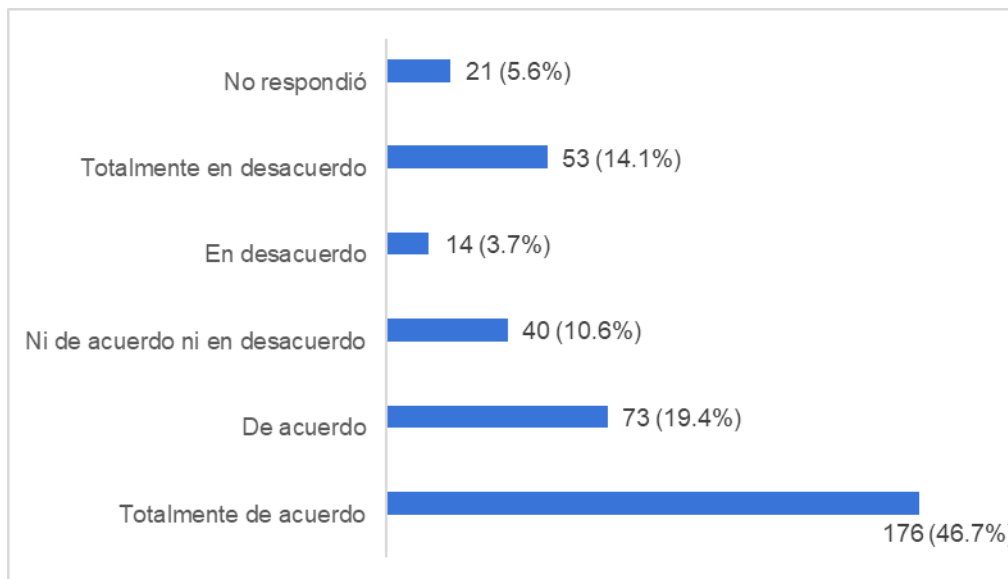


Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en esta figura, al evaluar la percepción sobre la necesidad de asistencia médica ante la ausencia de síntomas, se identifica una actitud favorable hacia el control preventivo. El 53.0% ( $n = 200$ ) de los participantes manifestó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la idea de que las consultas son innecesarias si se sienten bien. En contraste, un 34.2% ( $n = 129$ ) de la muestra aún sostiene una visión reactiva de la salud. (Ver figura 5.)

**Figura 6.**

*Me siento escuchado(a) y comprendido(a) durante mis citas médicas*

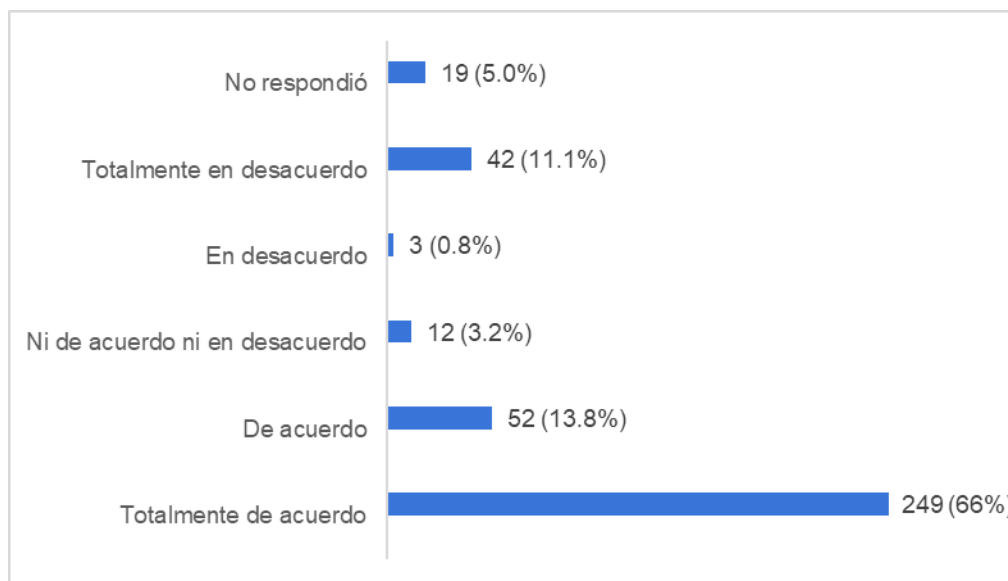


Fuente: Elaboración propia

Los resultados revelan una valoración mayoritariamente favorable, con un 46.7% ( $n = 176$ ) que manifestó estar totalmente de acuerdo y un 19.4% ( $n = 73$ ) de acuerdo con sentirse escuchado y comprendido durante sus citas. En términos agregados, el 66.1% ( $n = 249$ ) de la muestra percibe una comunicación efectiva en el entorno médico, frente a un 17.8% ( $n = 67$ ) que expresó algún grado de insatisfacción. (Ver figura 6.)

**Figura 7.**

*Ir a consulta me ayuda a mantener el control de mi diabetes*

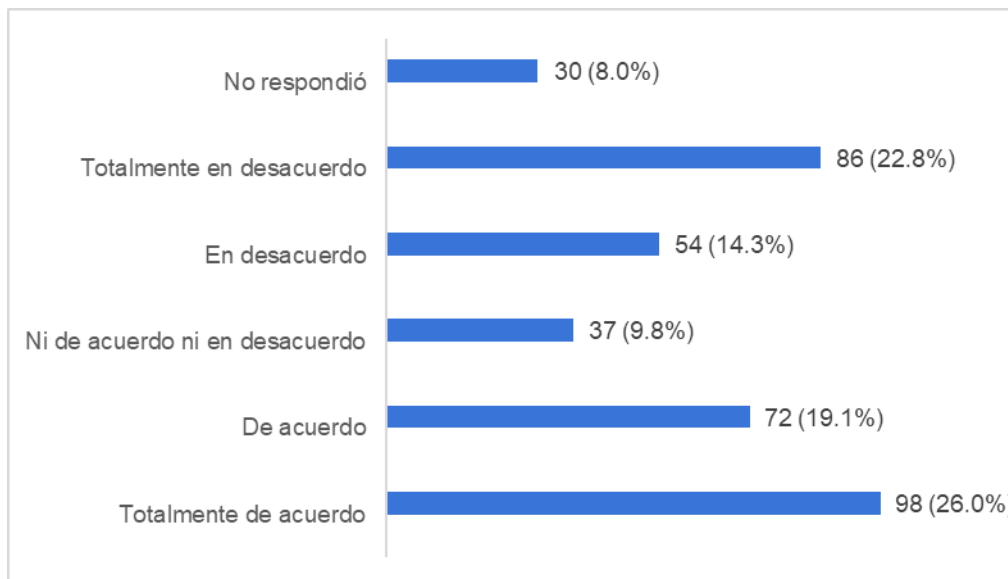


Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican un consenso mayoritario positivo, donde el 66.0% ( $n = 249$ ) manifestó estar totalmente de acuerdo con que asistir a consulta le ayuda a mantener el control de su diabetes, sumado a un 13.8% ( $n = 52$ ) que se mostró de acuerdo. En conjunto, el 79.8% ( $n = 301$ ) de la muestra reconoce el beneficio terapéutico de la asistencia médica, mientras que solo un 11.9% ( $n = 45$ ) expresó algún nivel de desacuerdo. (Ver figura 7.)

**Figura 8.**

*Me resulta difícil seguir las recomendaciones que me da el médico*

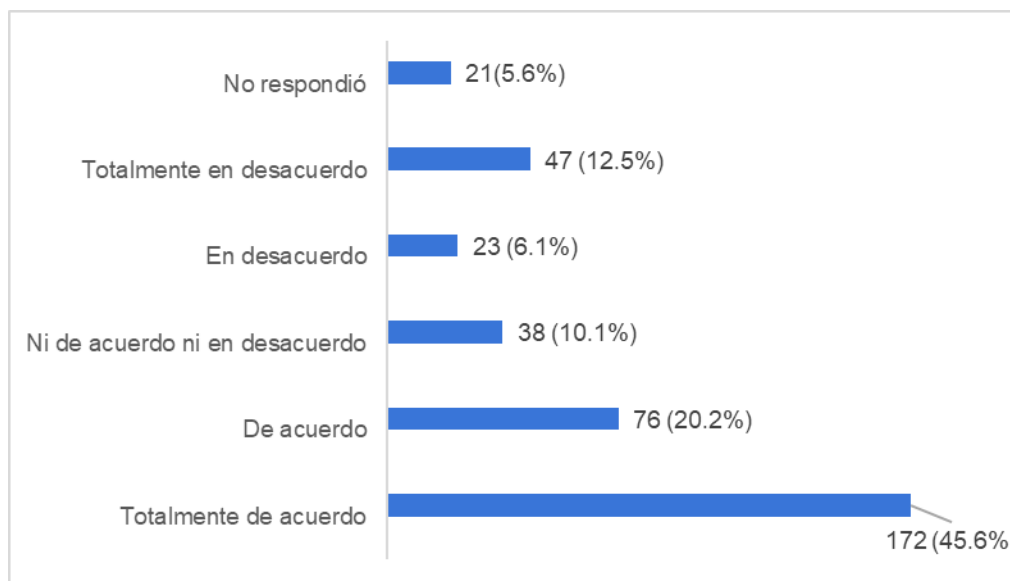


Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran una polarización en la muestra: el 45.1% ( $n = 170$ ) de los participantes expresó algún grado de acuerdo con la dificultad para seguir las recomendaciones (con un 26.0% totalmente de acuerdo), mientras que el 37.1% ( $n = 140$ ) manifestó no presentar mayores obstáculos para el cumplimiento terapéutico. Un 9.8% ( $n = 37$ ) se mantuvo en una postura neutral. (Ver figura 8.)

**Figura 9.**

*Creo que la comunicación con el personal de salud es buena*

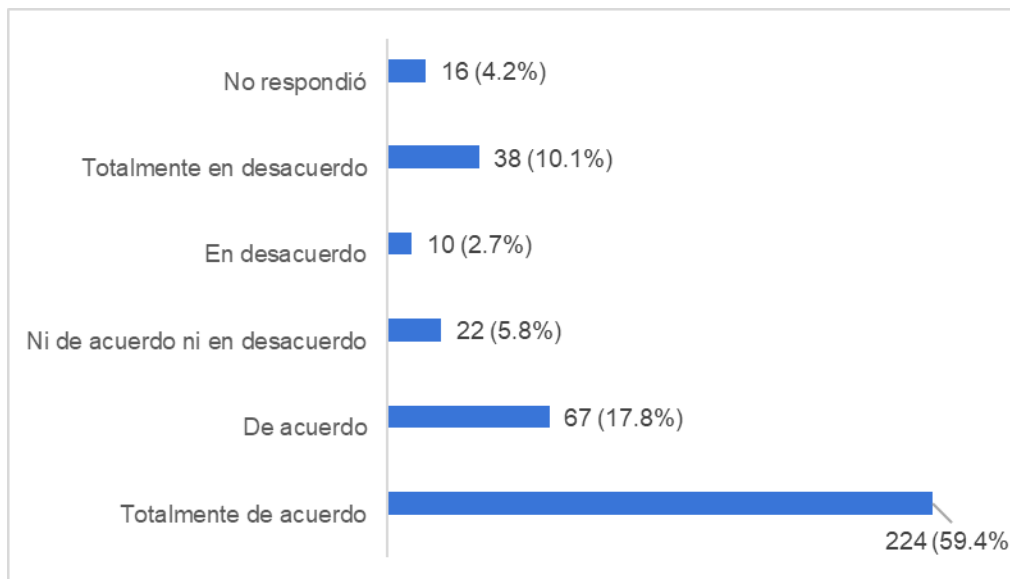


Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran una tendencia notablemente positiva, con un 45.6% ( $n = 172$ ) de los participantes en total acuerdo y un 20.2% ( $n = 76$ ) de acuerdo. En términos globales, el 65.8% ( $n = 248$ ) de la muestra califica la comunicación como buena, mientras que un 18.6% ( $n = 70$ ) reportó una percepción desfavorable sobre este tema. (Ver figura 9.)

**Figura 10.**

*Me siento motivado(a) a cuidar mi salud después de cada cita*



Fuente: Elaboración propia

Al evaluar el efecto motivacional que generan las consultas médicas en los participantes, los resultados muestran una tendencia definida hacia el polo positivo, donde el 59.4% ( $n = 224$ ) de los pacientes se encuentra totalmente de acuerdo con sentirse motivado a cuidar su salud tras la cita. En términos agregados, existe un respaldo sustancial a la consulta como motor de autocuidado, representando al 77.2% ( $n = 291$ ) de la muestra, mientras que la percepción desfavorable se manifiesta primordialmente en un reducido 12.8% ( $n = 48$ ) de los casos. (Ver figura 10.)

**Figura 11.**

*A veces pienso que los médicos no entienden mis preocupaciones*

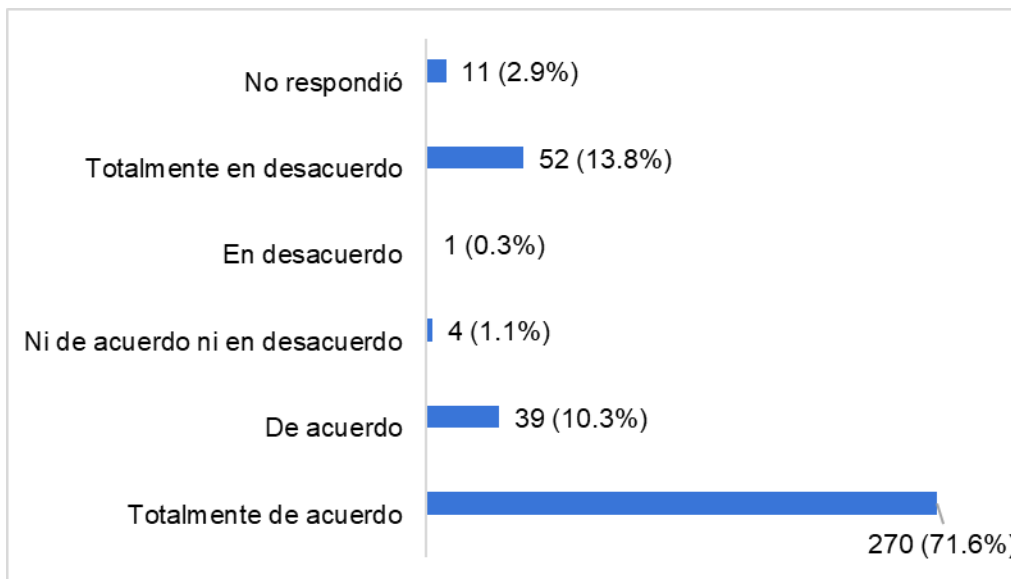


Fuente: Elaboración propia

En esta figura, se explora la percepción de empatía y comprensión por parte del personal médico hacia las inquietudes del paciente. Los resultados exponen una opinión polarizada en la muestra: un 40.3% ( $n = 152$ ) de los participantes manifestó algún nivel de desacuerdo con la premisa (destacando un 23.3% totalmente en desacuerdo), mientras que un 39.7% ( $n = 150$ ) expresó sentirse incomprendido en sus preocupaciones. El 12.5% ( $n = 47$ ) se mantuvo en una posición neutral, evidenciando una división sustancial en la experiencia de la relación médico-paciente. (Ver figura 11.)

**Figura 12.**

*Considero importante asistir puntualmente a mis consultas programadas*



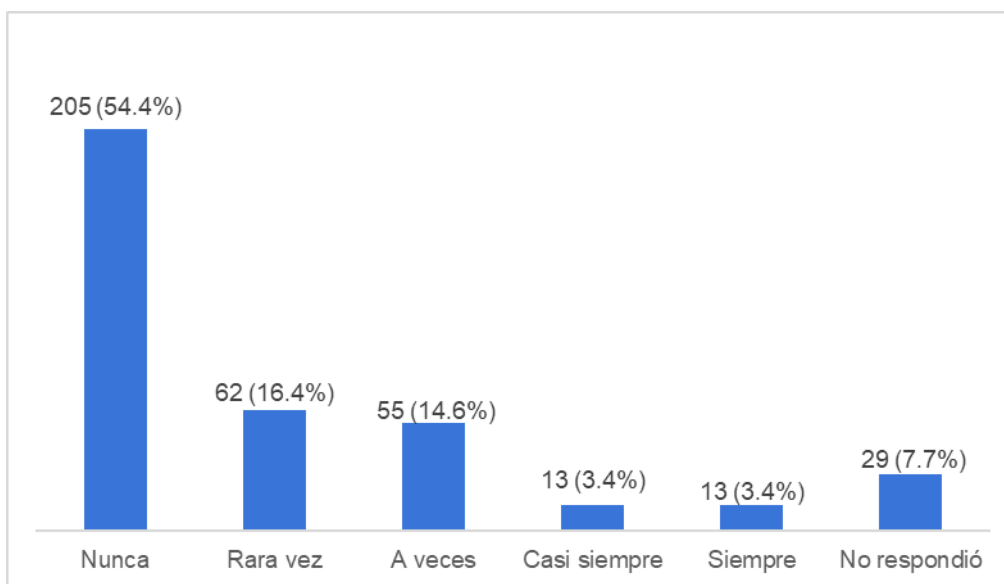
Fuente: Elaboración propia

Los resultados exponen un consenso predominante sobre la importancia del cumplimiento de los horarios médicos, donde el 71.6% ( $n = 270$ ) manifestó estar totalmente de acuerdo. En términos globales, se identifica un respaldo sustancial a la asistencia puntual por parte del 81.9% ( $n = 309$ ) de la muestra, mientras que la postura de desacuerdo se manifiesta únicamente en un 14.1% ( $n = 53$ ) de los casos. (Ver figura 12.)

### Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI)

**Figura 13.**

*Me cuesta asistir a las consultas por falta de tiempo*

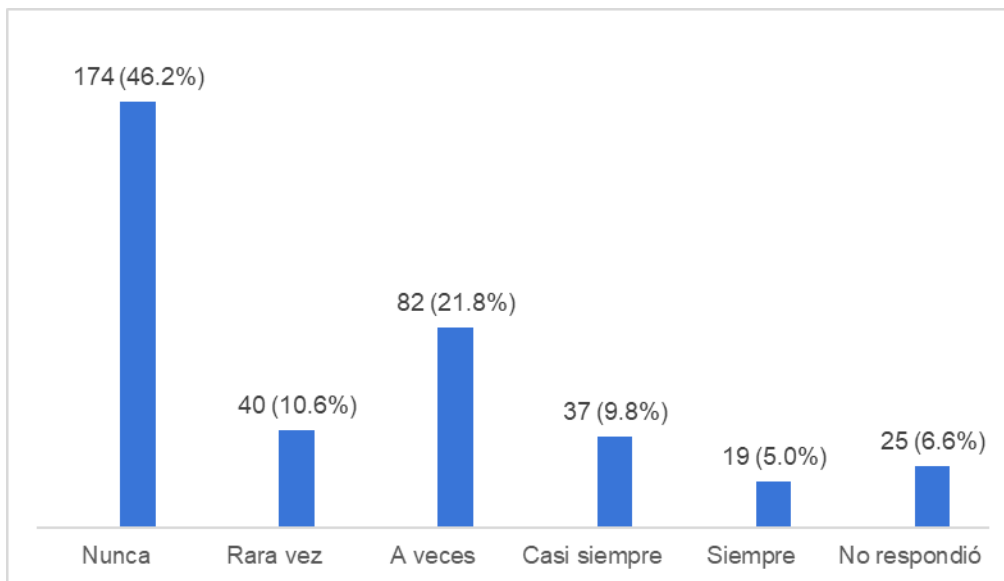


Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran una tendencia prevaleciente hacia la inexistencia de este obstáculo, donde el 54.4% ( $n = 205$ ) de los participantes afirmó que nunca presenta dificultades de tiempo para asistir. Al sumar la categoría "Rara vez", se identifica que un 70.8% ( $n = 267$ ) de la muestra desestima el tiempo como un factor limitante, mientras que solo un reducido 6.8% ( $n = 26$ ) reportó que esta barrera se presenta casi siempre o siempre. (Ver figura 13.)

**Figura 14.**

*El costo del transporte me impide acudir a mis citas*

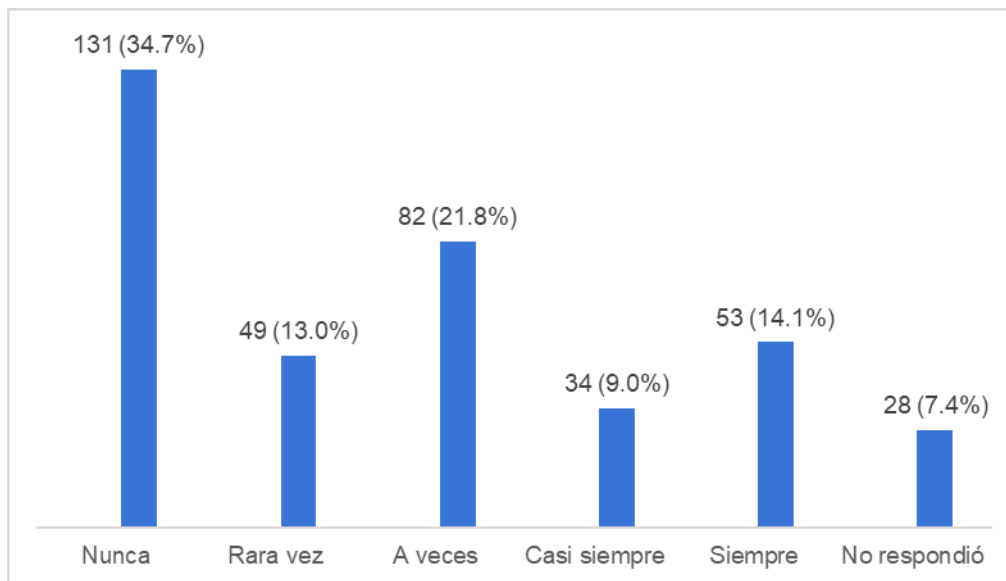


Fuente: Elaboración propia

Los resultados revelan que, si bien una parte de la muestra afirma no presentar nunca esta dificultad (46.2%,  $n = 174$ ), existe una incidencia significativa de vulnerabilidad intermitente, ya que el 21.8% ( $n = 82$ ) de los participantes manifestó verse afectado por este factor de manera ocasional ("A veces"). Al considerar esta frecuencia junto con quienes reportan la barrera de forma persistente (siempre y casi siempre), se identifica que un 36.6% ( $n = 138$ ) de la muestra enfrenta obstáculos económicos relacionados con el traslado. (Ver figura 14.)

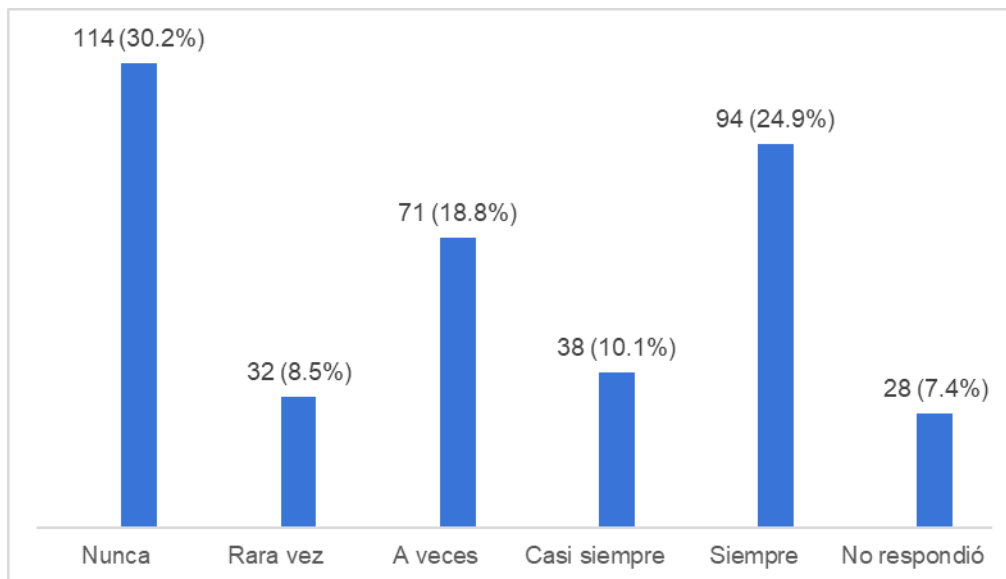
**Figura 15.**

*Me desanimo cuando siento que no mejoro con el tratamiento*



Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que, aunque una proporción predominante de la muestra afirma no experimentar nunca este sentimiento (34.7%,  $n = 131$ ), existe una incidencia significativa de desánimo ocasional, con un 21.8% ( $n = 82$ ) de los participantes que manifestó desanimarse "A veces". Al integrar esta categoría con quienes reportan este sentimiento de forma persistente (siempre y casi siempre), se identifica que el 44.9% ( $n = 169$ ) de los pacientes enfrenta barreras de desmotivación vinculadas a sus expectativas de salud, superando al 13.0% ( $n = 49$ ) que lo vive rara vez. (Ver figura 15.)

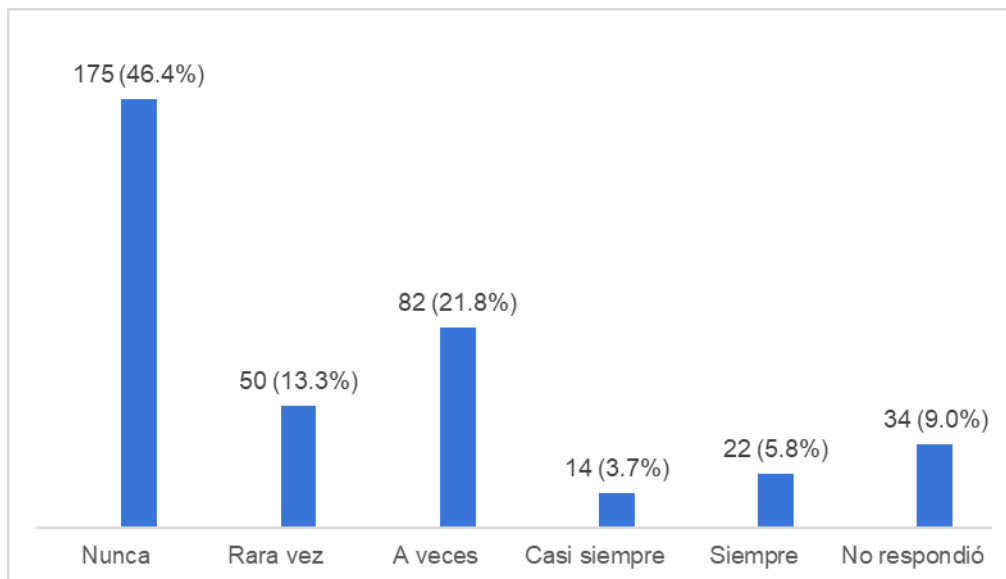
**Figura 16.***Las esperas largas en la clínica me desmotivan*

Fuente: Elaboración propia

Los resultados revelan una distribución fragmentada, donde si bien el 30.2% ( $n = 114$ ) afirma que nunca se ve afectado por esta situación, existe una incidencia relevante de afectación ocasional, con un 18.8% ( $n = 71$ ) de los participantes que manifestó desanimarse "A veces". Al integrar esta categoría con quienes reportan la barrera de forma persistente (siempre y casi siempre), se identifica que el 53.8% ( $n = 203$ ) de la muestra reconoce las esperas largas como un obstáculo para su motivación, superando notablemente al 8.5% ( $n = 32$ ) que solo lo experimenta rara vez. (Ver figura 16.)

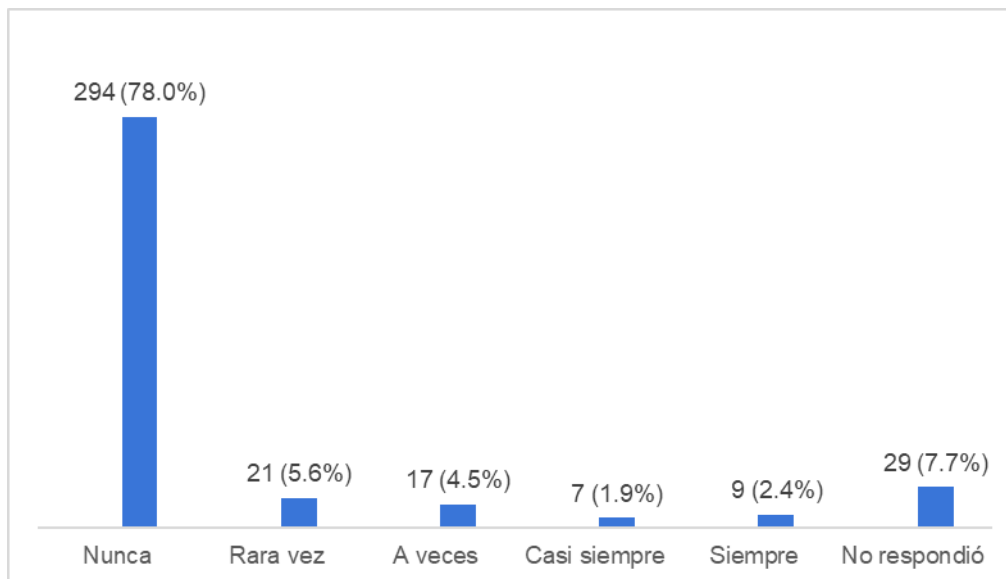
**Figura 17.**

*A veces olvido la fecha o la hora de mi cita*



Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran una tendencia prevaleciente hacia la autonomía del paciente, donde el 46.4% ( $n = 175$ ) de los participantes afirma que nunca olvida la fecha o la hora de sus consultas. No obstante, se identifica una incidencia relevante de olvidos ocasionales, ya que el 21.8% ( $n = 82$ ) de la muestra manifestó presentar esta dificultad "A veces". Al consolidar este grupo con las frecuencias de mayor recurrencia, se observa que un 31.3% ( $n = 118$ ) de los pacientes enfrenta retos de memoria u organización en su seguimiento médico, superando al 13.3% ( $n = 50$ ) que solo lo experimenta rara vez. (Ver figura 17.)

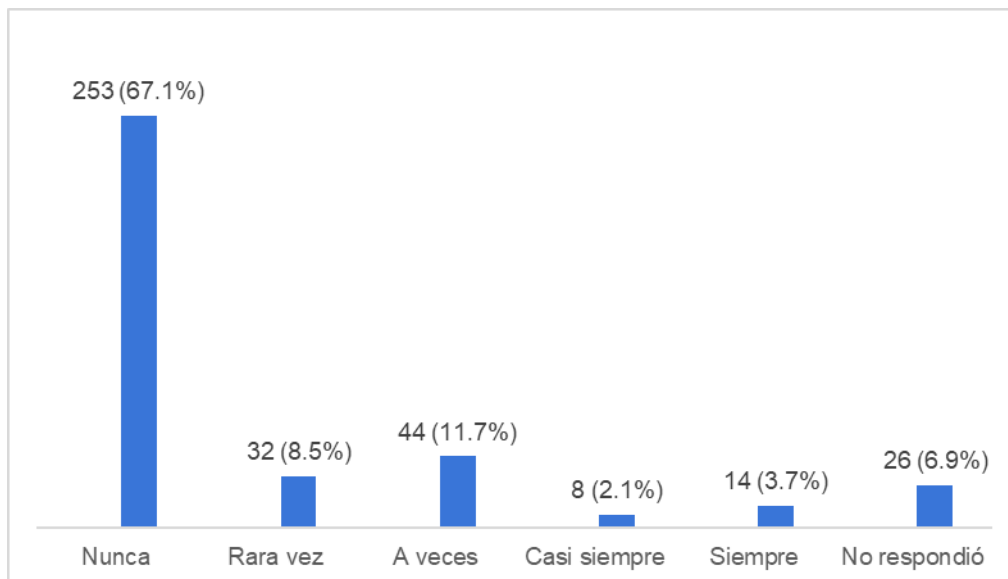
**Figura 18.***Siento vergüenza o incomodidad al hablar de mi enfermedad*

Fuente: Elaboración propia

Los resultados exponen una tendencia prevaleciente hacia la aceptación de la enfermedad, donde el 78.0% ( $n = 294$ ) de los participantes afirmó no sentir nunca vergüenza al hablar de su patología. Al consolidar las categorías de baja frecuencia, se identifica que un 83.6% ( $n = 315$ ) de la muestra desestima este factor como un obstáculo para la comunicación. No obstante, se observa que un reducido 4.3% ( $n = 16$ ) de los pacientes enfrenta esta barrera de forma persistente (siempre y casi siempre), mientras que un 4.5% ( $n = 17$ ) la experimenta de manera ocasional ("A veces"). (Ver figura 18.)

**Figura 19.**

*No asisto a consulta si tengo demasiado trabajo o compromisos familiares*

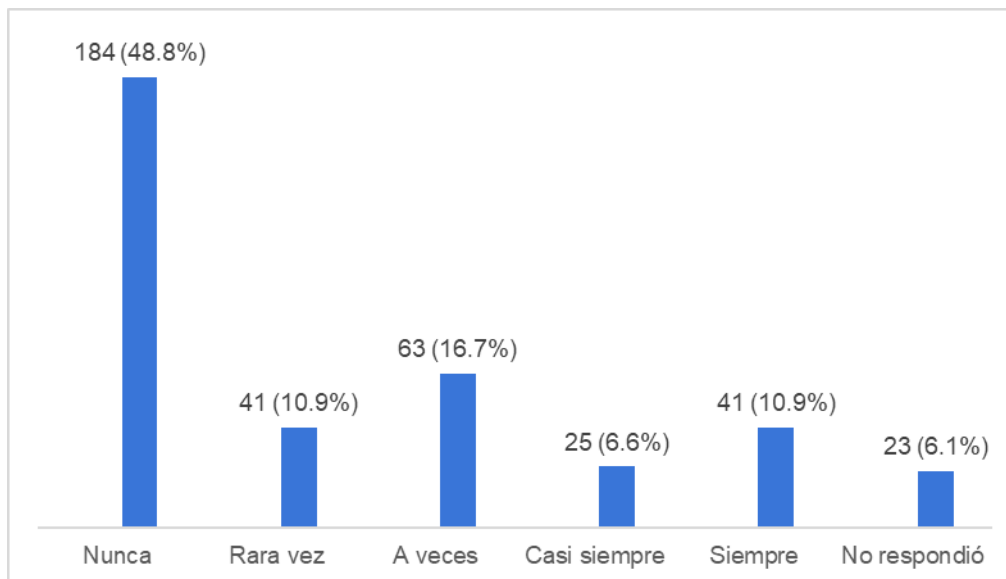


Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que el 67.1% ( $n = 253$ ) de los participantes afirmó que nunca deja de asistir a consulta por estas razones. Al integrar las categorías de baja frecuencia, se identifica que el 75.6% ( $n = 285$ ) de la muestra desestima estas obligaciones como un impedimento regular. No obstante, se observa una incidencia moderada de postergación ocasional, con un 11.7% ( $n = 44$ ) que admite faltar "A veces" debido a estos compromisos, superando al 3.7% ( $n = 14$ ) que lo hace de forma constante (siempre). (Ver figura 19.)

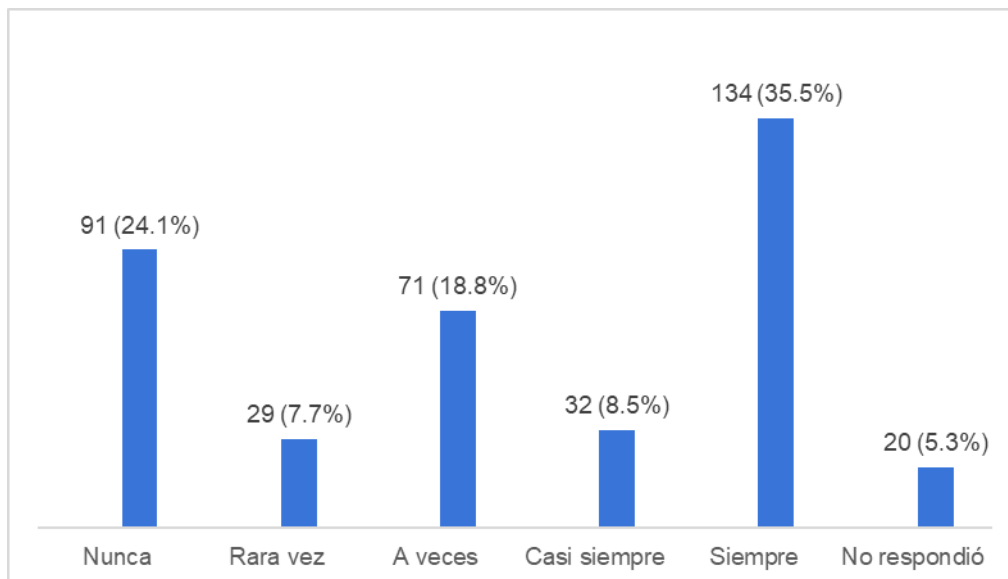
**Figura 20.**

*Considero que los médicos no me explican claramente mis resultados*



Fuente: Elaboración propia

Los hallazgos revelan una tendencia notable hacia la satisfacción informativa, con un 48.8% ( $n = 184$ ) de los participantes que manifestó nunca presentar dificultades de comprensión por falta de claridad médica. No obstante, se identifica una incidencia importante de ambigüedad ocasional, ya que el 16.7% ( $n = 63$ ) de la muestra reportó que "A veces" los médicos no explican claramente los resultados. Al integrar esta percepción con quienes experimentan esta barrera de forma persistente (siempre y casi siempre), se observa que un 34.2% ( $n = 129$ ) de los pacientes enfrenta retos en la asimilación de su información clínica, cifra que supera al 10.9% ( $n = 41$ ) que solo reporta esta limitación rara vez. (Ver figura 20.)

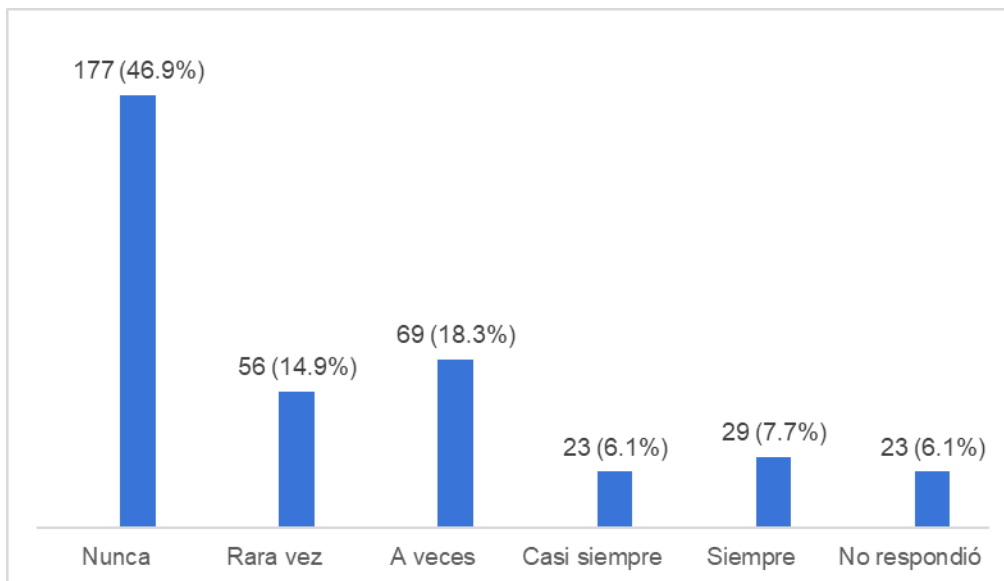
**Figura 21.***Me da miedo recibir malas noticias sobre mi salud*

Fuente: Elaboración propia

Los resultados exponen una distribución con marcada inclinación hacia la aprensión, donde la categoría con mayor representatividad fue "Siempre" con un 35.5% ( $n = 134$ ). Se identifica una incidencia relevante de temor ocasional, ya que el 18.8% ( $n = 71$ ) de los participantes manifestó sentir este miedo "A veces". Al consolidar estas frecuencias con el resto de la escala, se observa que el 62.8% ( $n = 237$ ) de la muestra experimenta algún grado de ansiedad ante la posibilidad de recibir malas noticias, cifra que supera ampliamente al 24.1% ( $n = 91$ ) que afirma no sentir nunca este temor. (Ver figura 21.)

**Figura 22.**

*Siento que ir al hospital me genera más estrés que beneficio*



Fuente: Elaboración propia

Los resultados revelan una distribución segmentada, donde si bien el 46.9% ( $n = 177$ ) de los participantes afirma no experimentar esta sensación, existe una incidencia relevante de tensión emocional, con un 18.3% ( $n = 69$ ) de la muestra que manifestó sentir "A veces" que ir al hospital le genera más estrés que beneficio. Al consolidar esta categoría con quienes reportan esta barrera de forma recurrente (siempre y casi siempre), se identifica que un 32.1% ( $n = 121$ ) de los pacientes enfrenta una carga psicológica negativa vinculada al entorno hospitalario, superando notablemente al 14.9% ( $n = 56$ ) que solo lo experimenta rara vez. (Ver figura 22.)

**Tabla 16.*****Sugerencias como paciente para mejorar la atención en el INADI***

<b>Sugerencias</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Mayor abastecimiento de medicamentos	59	21.2%
Reducción de costos en exámenes diagnósticos	59	21.2%
Mejora en la calidez y trato al paciente por parte del personal	45	16.2%
Ampliación de horarios para trámites de pago en la farmacia	21	7.6%
Reincorporación de especialistas en oftalmología	17	6.1%
Optimización del sistema de entrega en farmacia	16	5.8%
Mejorar horario para entrega de medicamentos	14	5.0%
Contratación de más personal médico	13	4.7%
Garantía de continuidad con el mismo médico	10	3.6%
Volver a habilitar el servicio de cafetería	7	2.5%
Disponibilidad de agua	6	2.2%
Extender horario para entrega de citas	5	1.8%
Mejores condiciones de las instalaciones	3	1.1%
Priorizar atención a los pacientes no residentes en Tegucigalpa	2	0.7%
Contratación de más personal para el área de caja	1	0.4%
<b>Total de menciones</b>	<b>278</b>	<b>100%</b>

*Nota.* La información representa a 247 informantes que brindaron sugerencias; la diferencia, correspondiente a 130 participantes (34.5% de la muestra total), corresponde a quienes decidieron no responder o no aportar recomendaciones adicionales para la mejora de la atención en el INADI.

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran una concentración significativa de las demandas en el área de insumos y costos, donde un 42.4% de las menciones totales se refieren al mayor abastecimiento de medicamentos (21.2%,  $n=59$ ) y a la reducción de costos en exámenes diagnósticos (21.2%,  $n=59$ ). En un segundo nivel de prioridad, se identifica el componente relacional y de acceso a

especialistas; la mejora en la calidez y trato al paciente acumuló un 16.2% ( $n=45$ ) de las sugerencias, seguida por la reincorporación de especialistas en oftalmología con un 6.1% ( $n=17$ ). Por otro lado, las sugerencias vinculadas a la eficiencia en procesos de farmacia y trámites de pago representan en conjunto el 18.4% de la distribución porcentual. Las menciones restantes se dispersan en porcentajes menores al 5%, abarcando necesidades de infraestructura y contratación de personal adicional. (Ver tabla 16.)

## VII. Comprobación de Hipótesis

Para la validación de las hipótesis planteadas en este estudio, se contrastaron los resultados obtenidos en la medición de actitudes frente a la prevalencia de barreras percibidas por los pacientes del INADI.

**H<sub>1</sub>** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI presentan actitudes positivas hacia la asistencia a controles médicos y perciben pocas barreras significativas que dificulten su asistencia regular.

**H<sub>0</sub>** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI no presentan actitudes positivas hacia la asistencia a controles médicos y perciben barreras significativas que dificultan su asistencia regular.

Resultado del Contraste: Tras el análisis de los datos, se observa un fenómeno de aceptación parcial de la H<sub>1</sub> en cuanto a la dimensión actitudinal, pero una refutación en cuanto a la dimensión de barreras.

Dimensión Actitudinal: Se confirma una actitud predominantemente positiva en el 81.9% de la muestra, quienes reconocen la importancia del seguimiento clínico para su salud.

Dimensión de Barreras: Contrario a lo planteado en la H<sub>1</sub>, los pacientes perciben barreras críticas y significativas, destacando el miedo a resultados desfavorables (62.8%), los tiempos de espera prolongados (53.8%) y los altos costos de los exámenes complementarios.

Se procede a rechazar la Hipótesis de Trabajo (H<sub>1</sub>) y aceptar la Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>), ya que, aunque existe una actitud positiva, la presencia de barreras significativas (emocionales, logísticas y económicas) predomina e interfiere directamente en la regularidad de la asistencia a los controles médicos.

## VIII. Discusión de Resultados

Los hallazgos de la presente investigación revelan una dinámica compleja entre la intención del paciente y la conducta real de asistencia. A continuación, se discuten estos resultados bajo el prisma de los modelos de creencias y comportamiento planificado, contrastándolos con la evidencia nacional e internacional.

### 8.1 La Disonancia entre Actitud e Intención Conductual

Uno de los resultados más significativos es que el 81.9% de los pacientes evaluados muestra una actitud positiva hacia el seguimiento clínico. Según la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, *The theory of planned behavior.*, 1991), una actitud favorable es el primer paso para generar la intención de realizar una conducta. Sin embargo, en la práctica, esta intención se ve truncada.

Este fenómeno coincide con lo planteado por (Laínez, 2023) en su estudio en Tegucigalpa, donde señala que la actitud positiva y el conocimiento no garantizan la apropiación de la conducta si no existe un Control Conductual Percibido alto. En el INADI, el paciente quiere asistir (actitud), pero siente que no tiene el control sobre factores externos como las esperas prolongadas (53.8%) y las fallas en el sistema de farmacia y cobros, lo que termina anulando la intención inicial de acudir a la cita.

### 8.2 El Peso de las Barreras Percibidas frente al Beneficio

Al analizar los resultados desde el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock et al., 1988), observamos que, aunque los pacientes reconocen los beneficios percibidos de la consulta para evitar complicaciones (acorde a las guías de la (American Diabetes Association (ADA), 2024)), las barreras percibidas terminan siendo determinantes.

El miedo a recibir "malas noticias" (62.8%) actúa como una barrera psicológica poderosa. Como sugieren (Trief et al., 2024), este "distrés diabético" genera una evaluación de costo-

beneficio donde el alivio momentáneo de evitar el diagnóstico supera al beneficio a largo plazo del control médico. Esta percepción de gravedad y susceptibilidad está distorsionada por el temor, lo que reduce la probabilidad de una asistencia regular, validando la tesis de (Champion y Skinner, 2008) sobre el predominio de los obstáculos subjetivos.

### **8.3 Factores Contextuales y la Respuesta Institucional**

La investigación evidencia que el 34.2% de los pacientes no comprende la totalidad de sus resultados clínicos. Bajo el enfoque del Modelo de Creencias en Salud, la falta de claridad en la comunicación médico-paciente reduce la "Autoeficacia", impidiendo que el paciente se sienta capaz de manejar su enfermedad.

Esta brecha comunicativa se suma a las deficiencias administrativas mencionadas por los usuarios (mejorar tiempos de espera y calidez en el trato). Estos hallazgos refuerzan lo reportado por (Maradiaga-Figueroa et al., 2017), indicando que el entorno del INADI, a pesar de sus avances tecnológicos como el expediente digital (INADI, 2023), aún presenta desafíos en la humanización y eficiencia operativa que actúan como barreras estructurales infranqueables para el paciente.

### **8.4 Síntesis de las Sugerencias de los Pacientes**

Finalmente, las sugerencias recolectadas, optimización de farmacia, costo de los exámenes diagnósticos, lenguaje claro y trato cálido, no son meras quejas administrativas, sino demandas para fortalecer los componentes del Control Conductual y la Autoeficacia. Atender estas recomendaciones permitiría que la actitud positiva identificada (81.9%) se traduzca efectivamente en una asistencia continua, reduciendo la brecha entre el sistema de salud y la realidad psicosocial del paciente diabético hondureño.

#### ***8.4.1. Optimización de los Procesos de Farmacia y Cobros***

Los pacientes señalan la necesidad de agilizar la entrega de medicamentos y los trámites de pago. Desde la perspectiva del Modelo de Creencias en Salud (HBM), el tiempo excesivo de espera y la incertidumbre en el abastecimiento aumentan las Barreras Percibidas. Si el paciente percibe que el "costo" en tiempo y esfuerzo físico supera el beneficio de la consulta, la probabilidad de abandono aumenta. Optimizar estos procesos reduce el esfuerzo logístico, permitiendo que la actitud positiva se transforme en una asistencia regular.

#### ***8.4.2. Implementación de un Lenguaje Claro y Materiales Visuales***

El deseo de los pacientes de recibir "explicaciones más sencillas" impacta directamente en la Autoeficacia. Un paciente que no comprende sus niveles de glucosa o las instrucciones médicas se siente incapaz de manejar su condición, lo que genera frustración y deserción. Al adoptar una comunicación basada en la alfabetización en salud, el INADI fortalece la confianza del paciente en su propia capacidad de autocuidado, un factor que (Rosenstock et al., 1988) identifican como esencial para mantener conductas de salud a largo plazo.

#### ***8.4.3. Humanización y Trato Cálido***

La demanda de un trato más empático es la respuesta directa a la barrera del miedo (62.8%). Como se discutió previamente, el miedo a la sanción o a la mala noticia aleja al paciente. Un entorno hospitalario percibido como seguro y acogedor actúa como un facilitador emocional que reduce el distrés diabético (Trief et al., 2024). La calidez en el trato no es un lujo, sino una estrategia clínica para reducir la ansiedad diagnóstica y mejorar la retención institucional.

#### ***8.4.4. Accesibilidad Económica: El Impacto de los Altos Costos de Exámenes***

Una sugerencia recurrente y crítica de los pacientes es la revisión y reducción de los costos de los exámenes de laboratorio. Bajo el marco del Modelo de Creencias en Salud

(Rosenstock et al., 1988), el costo económico se clasifica como una barrera real y objetiva que compite directamente con los beneficios percibidos del tratamiento.

**8.4.4.1 Análisis del impacto.** Cuando el costo de la analítica básica (como la Hemoglobina Glicosilada o el perfil lipídico) es elevado, el paciente percibe que el control médico es "inalcanzable". Esto genera un fenómeno de deserción por inviabilidad financiera: el paciente prefiere no asistir a la consulta si sabe que no podrá cumplir con los exámenes que el médico le solicitará.

**8.4.4.2 Implicación institucional.** Para el INADI, esta sugerencia apunta a la necesidad de fortalecer los mecanismos de subsidio, convenios o exoneraciones basados en estudios socioeconómicos. Como señala (Laínez, 2023), en poblaciones vulnerables de Tegucigalpa, la estabilidad financiera es el predictor más fuerte de la continuidad del cuidado.

**8.4.4.3 Relación con el Control Conductual.** En la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), el dinero es un recurso facilitador. Sin este recurso, el Control Conductual Percibido cae a cero, anulando la intención de asistir, sin importar qué tan positiva sea la actitud del paciente hacia su salud.

## IX. Conclusiones

La presente investigación permitió realizar un diagnóstico integral sobre las dinámicas que rigieron la asistencia a controles médicos en el Instituto Nacional del Diabético (INADI) durante el periodo de estudio. A través del contraste entre la evidencia estadística y los modelos teóricos, se logró identificar que la continuidad del cuidado no dependió únicamente de la voluntad del paciente, sino de una interacción crítica entre sus percepciones subjetivas y las facilidades estructurales que el sistema hospitalario le proveyó. A continuación, se detallan las conclusiones derivadas de los objetivos planteados:

En lo que respecta a las barreras de acceso y la motivación de asistencia, se determinó que, si bien existió una valoración intrínseca de la salud por parte de los pacientes, la asistencia regular estuvo condicionada por barreras de expulsión de carácter logístico y financiero. Los resultados evidenciaron que el tiempo excesivo en los procesos de farmacia y cobros, sumado a la carga económica de los exámenes de laboratorio, actuaron como inhibidores directos de la conducta. Esto indicó que el acceso al servicio médico resultó insuficiente cuando los procesos administrativos superaron la capacidad de respuesta del usuario, provocando una deserción que incrementó el riesgo de complicaciones crónicas.

En cuanto a la dimensión actitudinal y el control conductual, se registró una actitud predominantemente positiva (81.9%) hacia el seguimiento clínico, lo que demostró que la población poseía un alto nivel de conciencia sobre la severidad de la enfermedad. No obstante, al aplicar la Teoría del Comportamiento Planificado, se concluyó que esta actitud no se tradujo en una asistencia constante debido a una fractura en el Control Conductual Percibido. El paciente manifestó que, a pesar de su intención de cuidarse, no tuvo el poder de decisión sobre factores externos como las filas prolongadas, lo que generó una brecha entre el conocimiento y la ejecución de la conducta.

Sobre los factores emocionales y la alfabetización en salud, se identificó que el miedo a resultados desfavorables (62.8%) fue la barrera emocional más disruptiva, configurando un estado de distrés diabético que fomentó la evitación del control médico. Esta barrera se vio

agravada por una deficiente comunicación en salud, donde el 34.2% de los pacientes manifestó no haber comprendido la interpretación de sus resultados. La baja autoeficacia del paciente estuvo alimentada por un lenguaje técnico poco accesible y una percepción de trato impersonal, lo que debilitó el vínculo terapéutico indispensable para el éxito del tratamiento.

Finalmente, acerca de la visión estratégica para la mejora institucional, se estableció que el fomento de la asistencia continua en el INADI requirió una transición obligatoria hacia un modelo de atención centrado en la persona. Las recomendaciones formuladas sugirieron que la retención del paciente dependió de la capacidad institucional para humanizar el trato y simplificar nudos administrativos. Se concluyó que solo mediante la reducción de las barreras percibidas se lograría que el capital actitudinal del paciente se convirtiera en una adherencia efectiva y sostenible.

## X. Recomendaciones

Con base en los hallazgos de la presente investigación, y reconociendo que la transformación de los servicios de salud en el ámbito público requiere de una gestión estratégica que articule la voluntad institucional con la asignación eficiente de recursos estatales, se formulan las siguientes recomendaciones dirigidas a las autoridades y personal del Instituto Nacional del Diabético (INADI). Estas propuestas buscan trascender la operatividad cotidiana para incidir en un modelo de atención que, condicionado por los marcos presupuestarios y los planes operativos anuales, priorice la eliminación de barreras mediante la optimización del gasto y la gestión de calidad en beneficio de la población con diabetes mellitus tipo 2:

A nivel institucional, fortalezca la capacidad de respuesta operativa del Instituto Nacional del Diabético mediante el aseguramiento del abastecimiento continuo de medicamentos e insumos críticos, garantizando que la disponibilidad de tratamiento sea un factor de retención y no de deserción para el paciente. De igual manera, implemente estrategias de gestión financiera y alianzas estratégicas que permitan reducir los costos de los exámenes diagnósticos, facilitando el acceso oportuno a servicios complementarios indispensables para el control metabólico.

Optimice los tiempos de espera en el área de consulta externa a través de una reorganización del sistema de citas y la mejora del flujo de atención, reduciendo así la carga logística que enfrentan los usuarios. Asimismo, amplíe la disponibilidad de atención especializada en áreas críticas como oftalmología para el abordaje temprano de complicaciones, y mejore los procesos administrativos y de farmacia con el objetivo de agilizar la atención y eliminar las barreras institucionales que actualmente limitan la adherencia y la asistencia regular de la población diabética atendida.

A nivel clínico, fortalezca la comunicación médico-paciente mediante la promoción de una atención clara, empática y centrada en las necesidades integrales del usuario, asegurando que el intercambio de información clínica sea comprensible y reduzca la incertidumbre diagnóstica. Implemente estrategias de acompañamiento emocional y soporte psicológico dirigidas

específicamente a pacientes que manifiesten temor, ansiedad o desmotivación frente a su condición de salud, mitigando así el distrés diabético identificado en la investigación.

Refuerce el seguimiento individualizado y sistemático de aquellos usuarios que presentan mayores dificultades para cumplir con las recomendaciones terapéuticas, permitiendo una intervención oportuna antes de que se produzca la deserción del control. Finalmente, incorpore acciones permanentes de educación en salud durante el acto de la consulta médica, enfatizando con rigor científico la importancia vital del control periódico y preventivo, incluso ante la ausencia de sintomatología aguda, para garantizar la estabilidad metabólica a largo plazo.

A nivel educativo, desarrolle programas de educación continua para pacientes, que trasciendan la información teórica y se orienten al autocuidado práctico, el manejo cotidiano de la patología y la prevención efectiva de complicaciones crónicas. Implemente sistemas de recordatorio de citas médicas mediante el uso de tecnologías de bajo costo, como llamadas telefónicas o mensajería de texto, con el fin de mitigar el olvido y la desorganización como barreras críticas de asistencia.

Promueva activamente la alfabetización en salud, priorizando intervenciones personalizadas para aquellos usuarios con niveles educativos básicos o que manifiesten dificultades persistentes de comprensión clínica. Y, finalmente, adapte la totalidad de los materiales educativos a las condiciones físicas y cognitivas de la población atendida, considerando ajustes necesarios por deficiencias visuales o limitaciones motoras, asegurando así que la información sanitaria sea inclusiva, accesible y funcional para todos los pacientes del Instituto.

A nivel de futuras investigaciones, desarrolle estudios de carácter longitudinal que permitan dar seguimiento sistemático a los pacientes en diferentes periodos del año, superando la limitación del diseño transversal del presente estudio y facilitando la evaluación objetiva de la efectividad de las mejoras institucionales implementadas.

Valide nuevos instrumentos de recolección de datos que integren la perspectiva de los familiares o cuidadores primarios, considerando que el apoyo social constituye una variable crítica y determinante en el manejo ambulatorio de la diabetes mellitus tipo 2. Así mismo, amplíe la población de estudio a otros centros de atención especializada en el país, con el firme propósito de contrastar resultados y elevar la capacidad de generalización de los hallazgos a nivel nacional. Finalmente, incorpore metodologías de corte cualitativo en futuras investigaciones que permitan profundizar en la experiencia subjetiva, los significados y las vivencias de los pacientes respecto a la atención recibida, aportando una comprensión más humana y multidimensional al fenómeno de la asistencia clínica.

## XI. Referencias Bibliográficas

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behaviour (2nd ed.)*. Open University Press/McGraw-Hill.
- Alkhalwaldeh , A., ALBashtawy, M., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., . . . ALBashtawy, S. (julio de 2023). Aplicación y uso del modelo de comportamiento de Andersen como marco teórico: una revisión sistemática de la literatura de 2012 a 2021. *Revista Iraní de Salud Pública*, 52(7), 1346–1354.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.18502/ijph.v52i7.13236>
- American Diabetes Association (ADA). (2024). 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*, 47(1), 52-76. <https://doi.org/10.2337/dc24-S004>
- American Diabetes Association. (2024). Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(1), 77-110. <https://doi.org/10.2337/dc24-S005>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Introduction and methodology: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(1), 1-5.  
<https://doi.org/10.2337/dc25-SINT>
- Andersen, R. M. (1995). Revisando el modelo conductual y el acceso a la atención médica: ¿importa? *Revista de Salud y Comportamiento Social*, 36(1), 1-10.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2137284>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Blasco-Blasco, M., Puig-García, M., Piay, N., Lumbreras, B., Hernández-Aguado, I., & Parker, L. A. (2020). Barriers and facilitators to successful management of type 2 diabetes

- mellitus in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(9).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237542>
- Borja, S., Valdovinos, M., Rivera, K., Giraldo-Santiago, N., Gearing, R., & Torres, L. (29 de enero de 2024). "No es que nos importe menos": Perspectivas sobre la utilización de la atención médica para la diabetes y la depresión comórbidas entre los latinos. *Environmental Research and Public Health MDPI*, 21(2), 148.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph21020148>
- Brewster, S., Bartholomew, J., Holt, R. I., & Price, H. (2020). Non-attendance at diabetes outpatient appointments: A systematic review. *Diabetic Medicine*, 37(9), 1427-1442.  
<https://doi.org/10.1111/dme.14241>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. En B. Glanz, K. Rimer, & K. Viswanath, *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (págs. 45-65). Jossey-Bass.
- Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J. (2017). Type 2 diabetes. *The Lancet*, 389(5), 2239-2251. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30058-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30058-2)
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. (10 de octubre de 2007). Estrés psicológico y enfermedad. *JAMA Network*, 298(14), 1685-1687.  
<https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Congreso Nacional de Honduras. (2013). *Decreto No. 144-2013*. Ley Orgánica del Instituto Nacional del Diabético.
- Coningsby, I., Ainsworth, B., & Dack, C. (2022). A qualitative study exploring the barriers to attending structured education programmes among adults with type 2 diabetes. *BMC Health Services Research*, 22(584), 1-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-022-07980-w>
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). El "qué" y el "por qué" de la búsqueda de objetivos: las necesidades humanas y la autodeterminación del comportamiento. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. Retrieved 2026, from [https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000\\_DeciRyan\\_PiWhatWhy.pdf](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_DeciRyan_PiWhatWhy.pdf)

- DeFronzo, R., Ferrannini, E., Groop, L., Henry, R., Herman, W., Holst, J., . . . Weiss, R. (2021). Type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Dis Primers*, 7(1), 1-31.  
<https://doi.org/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189025/>
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. Fort Worth, TX : Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.  
<https://doi.org/https://archive.org/details/psychologyofatti0000eagl>
- Galeas Calleja, N. I., Raudales Moncada, J. C., & Carías Díaz, J. P. (2024). Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en la población hondureña. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 22(1).  
<https://doi.org/10.15517/psm.v22i1.57421>
- Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K., . . . Martín, C. (2020). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(117). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijms21176275>
- GBD 2021 Diabetes Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 40(2), 203-234.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01301-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01301-6)
- González Rodríguez, L., Cooper Weekes, D., Méndez Gómez, H., Cardona Garbey, D., & Rodríguez Salvá, A. (2021). Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. *MEDISAN*, 25(2), 388-403.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(4), 1219-1221.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Hu, F. B. (2011). Globalization of diabetes: The role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes Care*, 34(6), 1249-1257. <https://doi.org/10.2337/dc11-0442>
- INADI. (2021). *En el 2021 se registraron más de 63 mil atenciones en el INADI*. INADI: <https://inadi.gob.hn/sitio/en-el-2021-se-registraron-mas-de-63-mil-atenciones-en-el-inadi/>
- Instituto Nacional del Diabético. (2023). *Memoria Instituto Nacional del Diabético 2023*. Portal Único de Transparencia: <https://portalunico.iaip.gob.hn/434/20/>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas*. International Diabetes Federation.: <https://idf.org/about-diabetes/resources/idf-diabetes-atlas-2021/>
- Jonkman, L. J., Ndungu, M., Connor, S. E., Sharma, B., Pattabiraman, R., Zaver, A., . . . Meyer, M. (noviembre de 2020). Una evaluación cualitativa del acceso a la atención de la diabetes y el manejo de la enfermedad en Centroamérica. *Science Direct ELSEVIER*, 16(11), 1542-1549. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.07.020>
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D.; Organización Mundial de la Salud. (2013). *Alfabetización en salud: los hechos concretos*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Retrieved 2026, from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/50a8dd98-9a4d-449b-8549-63c8a6b05892/content>
- Laínez, J. M. (2023). *Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes hipertensos y diabéticos insistentes al programa de dispensarizados de la colonia 30 de noviembre, de Tegucigalpa, Honduras, en el periodo de marzo a agosto del año 2022 Tesis de maestría*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/10111/1/254497.pdf>
- Lawal, M. (2014). Barriers to attendance in diabetes education centres: A systematic review. *Diabetes & Primary Care*, 16(6), 299-306. <https://doi.org/https://diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/dpc16-6-299-306-1.pdf>
- Lozano Rodelo, S. (2023). *Nivel De Conocimiento Y Adherencia Terapéutica De Pacientes Diabéticos Tipo II en una IPS De Sincelejo*. Universidad de Cartagena:

<https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/10806734-2bce-41fc-a9ba-4f89ab0b0ff1/content>

Maradiaga-Figueroa, R., Cortez-Flores, A., Avila De la Puente, C., Aguilar-Gutiérrez, K., Mejía-Martínez, L., Granados-Rodríguez, R., . . . Bermúdez-Lacayo. (2017, mayo 10). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa, Honduras. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(3), 216-221.

<https://doi.org/https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/199/126/448>

Michie, S., M van Stralen, M., & West, R. (23 de abril de 2011). La rueda del cambio de comportamiento: un nuevo método para caracterizar y diseñar intervenciones de cambio de comportamiento. *Implementar Ciencia*, 6(42).

<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

Ong K, S. L. (15 de julio de 2023). Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 402(10397), 203-234. Retrieved 2026, from <https://www.thelancet.com/article/S0140-6736%2823%2901301-6/fulltext>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Honduras: construcción de una hoja de ruta nacional para la vigilancia de la diabetes*. OPS:

<https://www.paho.org/en/stories/honduras-building-national-road-map-diabetes-surveillance>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Diabetes*. OPS:

<https://www.paho.org/en/topics/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Panorama de la diabetes en la Región de las Américas*. OPS: <https://www.paho.org/en/documents/panorama-diabetes-americas>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Diabetes disease burden profile 2023: Honduras*. OPS: <https://www.paho.org/en/documents/diabetes-disease-burden-profile-2023-honduras>

- Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., . . . Uelmen, S. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy. *Diabetes Care*, *43*(7), 1636-1649. <https://doi.org/10.2337/dci20-0023>
- Randväli, M., Toomsoo, T., & Šteinmiller, J. (2024). The main risk factors in type 2 diabetes for cognitive dysfunction, depression, and psychosocial problems: A systematic review. *Diabetology*, *5*(1), 40-59. <https://doi.org/10.3390/diabetology5010004>
- Riegel, B., Jaarsma, P., & Strömberg, A. (julio-septiembre de 2012). Una teoría de alcance medio sobre el autocuidado de las enfermedades crónicas. *Ciencias de la Enfermería Avanzadas de la ANS*, *35*(3), 194–204. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Rosales-Meléndez, A. A., Pérez, C. S., & Borjas-Barahona, M. S. (2025). Adherencia farmacológica y factores asociados en diabéticos tipo 2 en el Instituto Nacional del Diabético. *Revista Médica Hondureña*, *93*(1), 45-53. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/rmh.v93i1.20546>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, *15*(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences. (2009).
- Trief, P. M., Wen, H., Burke, B., Uschner, D., Anderson, B. J., Liu, X., . . . Weinstock, R. S. (2024). Psychosocial factors and glycemic control in young adults with youth-onset type 2 diabetes. *JAMA Network Open*, *7*(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.5620>
- Walker, R. J., Smalls, B. L., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., & Egede, L. E. (2014). Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care

behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethnicity & Disease*, 24(3), 349-355.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO.

World Health Organization. (2021). *The Global Diabetes Compact*. WHO:  
<https://www.who.int/publications/m/item/the-global-diabetes-compact>

World Health Organization. (2021). *The Global Diabetes Compact: What you need to know*.  
World Health Organization: <https://www.who.int/publications/m/item/the-global-diabetes-compact>

World Health Organization. (2022). *Noncommunicable disease facility-based monitoring guidance: Framework, indicators, and application*. WHO:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057067>

World Health Organization. (2022). *Noncommunicable disease facility-based monitoring guidance: Framework, indicators, and application*. WHO:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057067>

## **XII. Anexos**

### **Anexo A**

Documento de encuesta integrado con Consentimiento Informado, Ficha Sociodemográfica, cuestionario de actitudes y escala de barreras.

#### **TÍTULO DEL ESTUDIO: ACTITUDES Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO DE TEGUCIGALPA**

**Investigadora:** Ena Virginia Flores Urbina, estudiante de la Licenciatura en Psicología del Centro Universitario Tecnológico (CEUTEC)

**Institución donde se realiza el estudio:** Instituto Nacional del Diabético (INADI), Tegucigalpa

**Asesor de Investigación Institucional:** Licenciada Paola Valdez

### **1. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Invitación a participar:**

Usted está siendo invitado(a) a participar de manera voluntaria en una investigación académica que tiene como objetivo analizar las actitudes, barreras y factores asociados a la asistencia a consultas médicas de seguimiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Antes de decidir su participación, es importante que lea cuidadosamente la siguiente información.

#### **Procedimiento**

Si acepta participar, se le solicitará responder:

- Un breve cuestionario sobre actitudes hacia la atención médica
- Un cuestionario sobre barreras para asistir a consulta
- Una ficha sociodemográfica básica

El tiempo estimado para completar los instrumentos es de 10 a 15 minutos.

## **Riesgos y beneficios**

La participación en este estudio no implica riesgos físicos ni psicológicos. No recibirá beneficios económicos directos; sin embargo, su participación contribuirá a generar información que podría servir para mejorar la atención y el seguimiento clínico de pacientes con diabetes.

## **Confidencialidad**

La información proporcionada será estrictamente confidencial. Los datos serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

## **Participación voluntaria**

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte su atención médica ni su relación con el INADI.

## **Consentimiento**

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Comprendo que mi participación es voluntaria y acepto participar en este estudio.

**Acepto participar**

**No acepto participar**

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**DNI del participante:** \_\_\_\_\_

**Nº de Teléfono del participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

### Instrucciones:

Marque con una "X" la opción que corresponda o complete según se indique.

#### 1. Sexo

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no responder

#### 2. Edad

- 18 – 29 años
- 30 – 39 años
- 40 – 49 años
- 50 – 59 años
- 60 – 69 años
- 70 – 79 años
- 80 – 89 años
- 89 años o más

#### 3. Nivel de escolaridad

- Sin escolaridad
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Educación superior

#### 4. Estado civil

- Soltero(a)
- Casado(a) / Unión libre
- Separado(a) / Divorciado(a)
- Viudo(a)

#### 5. Ocupación principal

- Empleado(a)
- Trabajo informal
- Ama de casa

- Jubilado(a)
- Desempleado(a)

**6. Tiempo desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2**

- Menos de 1 año
- 1 – 5 años
- 6 – 10 años
- Más de 10 años

**7. Presencia de otras enfermedades además de la diabetes**

- No
- Sí

Si su respuesta es **Sí**, marque las que correspondan:

- Hipertensión arterial
- Hipotiroidismo
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardiovascular
- Dislipidemia (colesterol o triglicéridos altos)
- Obesidad
- Problemas de la vista (retinopatía, cataratas)
- Neuropatía diabética
- Pie diabético
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**8. Domicilio**

- Zona urbana
- Zona rural

**9. ¿Presenta alguna limitación física que dificulte el llenado del cuestionario?**

- No
- Sí

Si su respuesta es **Sí**, indique cuál:

- Problemas de visión
- Dificultad en las manos
- Dificultad para leer
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**10. ¿Está registrado(a) como paciente en el INADI?**

- Sí
- No

**11. Frecuencia con la que asiste a controles médicos**

- Siempre asisto a mis citas
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**12. Sugerencias como paciente para mejorar la atención en el INADI**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Cuestionarios sobre Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI) y Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI)**

**1. Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI)**

**Instrucciones:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Marque con una "X" la opción que mejor exprese su grado de acuerdo con cada una, donde:

**1 = Totalmente en desacuerdo    2 = En desacuerdo    3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
4 = De acuerdo    5 = Totalmente de acuerdo**

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	Creo que asistir a mis consultas médicas mejora mi salud.					
2	Confío en que los profesionales del INADI se preocupan por mi bienestar.					
3	A veces siento que las consultas no son necesarias si me siento bien.					
4	Me siento escuchado(a) y comprendido(a) durante mis citas médicas.					
5	Ir a consulta me ayuda a mantener el control de mi diabetes.					
6	Me resulta difícil seguir las recomendaciones que me da el médico.					
7	Creo que la comunicación con el personal de salud es buena.					
8	Me siento motivado(a) a cuidar mi salud después de cada cita.					
9	A veces pienso que los médicos no entienden mis preocupaciones.					
10	Considero importante asistir puntualmente a mis consultas programadas.					

## 2. Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI)

### Instrucciones:

Marque con una "X" la opción que mejor refleje su situación actual.

1 = Nunca    2 = Rara vez    3 = A veces    4 = Casi siempre    5 = Siempre

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	Me cuesta asistir a las consultas por falta de tiempo.					
2	El costo del transporte me impide acudir a mis citas.					
3	Me desanimo cuando siento que no mejoro con el tratamiento.					
4	Las esperas largas en la clínica me desmotivan.					
5	A veces olvido la fecha o la hora de mi cita.					
6	Siento vergüenza o incomodidad al hablar de mi enfermedad.					
7	No asisto a consulta si tengo demasiado trabajo o compromisos familiares.					
8	Considero que los médicos no me explican claramente mis resultados.					
9	Me da miedo recibir malas noticias sobre mi salud.					
10	Siento que ir al hospital me genera más estrés que beneficio.					

## Anexo B

Oficio N° DG-356-2025, emitido por la Dirección General del INADI y dirigido a la universidad, otorgando el visto bueno para su aplicación en el contexto institucional.



Tegucigalpa M.D.C 21 de octubre del 2025

Oficio DG-356-2025



**MSc. SONIA PAOLA OYUELA BONILLA**  
COORDINADORA DE PSICOLOGÍA UNITEC/CEUTEC  
Su Oficina


Estimada MSc. Oyuela:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes en ocasión de dar respuesta a la solicitud presentada por la alumna **Ena Virginia Flores Urbina**, con número de **DNI 0801-1975-07222** y número de cuenta **CEUTEC 32111408**, quien solicita autorización para la realización del Proyecto de Investigación titulado: **"Actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2"**, durante el periodo comprendido del 13 de octubre de 2025 al 10 de abril de 2026.

Sobre el particular, esta Dirección General otorga su visto bueno para que pueda realizar dicha investigación en el INADI, en el periodo anteriormente mencionado, supervisada por la Lic. Paola Valdez Lic. en Psicología del Departamento de Psicología.

Cabe mencionar que deberá dejar copia de Proyecto de Investigación en el Instituto.

Atentamente,

  
**DR. EDGARDO DAVID GABEAS TROCHEZ**  
DIRECTOR GENERAL INTERINO

CC:DG/INADI



Blvd. Los Próceres, contiguo al Asilo de Inválidos Hospital San Felipe,  
Tegucigalpa M.D.C; CA. Tel: 2221-3660



www.inadi.mh.gob.ec

**PROPUESTA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**  
**DIRIGIDO A: INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO (INADI)**  
**PRESENTADO POR: ENA VIRGINIA FLORES URBINA**



**Título tentativo**

*Actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Tegucigalpa.*

**Planteamiento del problema y justificación (breve)**

La asistencia regular a las consultas médicas es un componente esencial del manejo integral de la diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, muchos pacientes interrumpen o postergan sus controles, lo que puede agravar las complicaciones y reducir la efectividad del tratamiento. Comprender las actitudes, percepciones y barreras personales o contextuales que influyen en la asistencia a consulta permitiría diseñar estrategias de intervención más ajustadas a la realidad del paciente hondureño.

Esta investigación aportará información valiosa al INADI para mejorar la adherencia a los controles y fortalecer los programas educativos y motivacionales dirigidos a sus pacientes.

**Objetivo general**

Analizar las actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el INADI.

**Objetivos específicos**

1. Identificar las principales razones por las cuales los pacientes asisten o no asisten regularmente a consulta.
2. Describir las actitudes de los pacientes frente al seguimiento clínico y la percepción de su importancia.
3. Explorar factores personales, emocionales y contextuales asociados con la asistencia irregular.
4. Formular recomendaciones al INADI para promover la asistencia continua a controles.

**Metodología preliminar**

**Enfoque:** cuantitativo.

**Diseño:** Descriptivo, no experimental, de corte transversal.

**Población:** Pacientes adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Tegucigalpa.

**Muestra:** Se seleccionará una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por pacientes que asistan a consulta externa durante el período de recolección de datos, dependiendo del acceso y autorización, o de requerimientos de la universidad y/o del INADI).

**Instrumentos tentativos:**

1. Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (adaptado).
2. Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (de elaboración propia o adaptada de estudios previos)
3. Ficha sociodemográfica breve (edad, sexo, escolaridad, tiempo de diagnóstico, comorbilidades).

**Procedimiento:**

1. Solicitud de autorización institucional.
2. Aplicación individual de instrumentos de forma voluntaria, previo consentimiento informado.
3. Resguardo de confidencialidad y anonimato de los participantes.

**Análisis de datos:**

1. Estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar).
2. Representación gráfica de los resultados mediante tablas y gráficos de barras (o los que se indiquen).

**Aportes esperados**

El estudio permitirá al INADI identificar los principales obstáculos psicológicos, sociales y logísticos que impiden una asistencia regular. Esto servirá de base para desarrollar estrategias de psicoeducación, recordatorios personalizados y acompañamiento psicológico breve para mejorar la participación en el seguimiento clínico.

### INSTRUMENTOS (PRELIMINAR)

**Instrumento 1. Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI)**

**Objetivo:** Evaluar las actitudes y percepciones de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 respecto a la atención médica y las consultas de seguimiento.

**Instrucciones:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Marque con una "X" la opción que mejor exprese su grado de acuerdo con cada una, donde:

**1 = Totalmente en desacuerdo    2 = En desacuerdo    3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo**

**4 = De acuerdo    5 = Totalmente de acuerdo**

N°	Ítem	1	2	3	4	5
1	Creo que asistir a mis consultas médicas mejora mi salud.					
2	Confío en que los profesionales del INADI se preocupan por mi bienestar.					
3	A veces siento que las consultas no son necesarias si me siento bien. <i>(inversa)</i>					
4	Me siento escuchado(a) y comprendido(a) durante mis citas médicas.					
5	Ir a consulta me ayuda a mantener el control de mi diabetes.					
6	Me resulta difícil seguir las recomendaciones que me da el médico. <i>(inversa)</i>					
7	Creo que la comunicación con el personal de salud es buena.					
8	Me siento motivado(a) a cuidar mi salud después de cada cita.					
9	A veces pienso que los médicos no entienden mis preocupaciones. <i>(inversa)</i>					
10	Considero importante asistir puntualmente a mis consultas programadas.					

## Instrumento 2. Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI)

**Objetivo:** Identificar los factores personales, económicos, institucionales y emocionales que dificultan la asistencia a consulta médica en pacientes con diabetes.

### Instrucciones:

Marque con una "X" la opción que mejor refleje su situación actual.

1 = Nunca   2 = Rara vez   3 = A veces   4 = Casi siempre   5 = Siempre

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	Me cuesta asistir a las consultas por falta de tiempo.					
2	El costo del transporte me impide acudir a mis citas.					
3	Me desanimo cuando siento que no mejoro con el tratamiento.					
4	Las esperas largas en la clinica me desmotivan.					
5	A veces olvido la fecha o la hora de mi cita.					
6	Siento vergüenza o incomodidad al hablar de mi enfermedad.					
7	No asisto a consulta si tengo demasiado trabajo o compromisos familiares.					
8	Considero que los médicos no me explican claramente mis resultados.					
9	Me da miedo recibir malas noticias sobre mi salud.					
10	Siento que ir al hospital me genera más estrés que beneficio.					

## DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA PROYECTO DE GRADUACIÓN

### TÍTULO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

1. Planteamiento de la Investigación o del Problema
  - 1.1 Antecedentes del Problema
  - 1.2 Definición del Problema, Incluye el enunciado del problema, formulación del problema y preguntas de investigación.
  - 1.3 Enunciado del Problema
  - 1.4 Formulación del Problema
  - 1.5 Preguntas de Investigación
  - 1.6 Hipótesis
  - 1.7 Justificación
2. Objetivos
3. Marco Contextual
4. Marco Teórico
5. Metodología
  - 5.1 Congruencia Metodológica
  - 5.2 Matriz Metodológica
  - 5.3 Operacionalización de las Variables
  - 5.4 Enfoque y Métodos
  - 5.5 Alcance de la Investigación
  - 5.6 Diseño de la Investigación
  - 5.7 Técnicas e Instrumentos Aplicados
  - 5.8 Fuentes de Información
  - 5.9 Limitantes de la Investigación
  - 5.10 Cronología del Trabajo
6. Levantamiento y Análisis de la Información o Resultado y Análisis
7. Comprobación de hipótesis
8. Conclusiones
9. Recomendaciones
10. Bibliografía
11. Anexos

## PLANIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

I Fase: del 21 de octubre al 19 de diciembre de 2025

II Fase: del 19 de enero al 31 de marzo de 2026

Nº	ACTIVIDADES	FECHAS	
		INICIO	FIN
<b>I FASE</b>			
1	Planteamiento de la Investigación o del Problema	27/10/2025	09/11/2025
1.1	Antecedentes del Problema	27/10/2025	29/10/2025
1.2	Definición del Problema, Incluye el enunciado del problema, formulación del problema y preguntas de investigación.	30/10/2025	03/11/2025
1.3	Enunciado del Problema	04/11/2025	04/11/2025
1.4	Formulación del Problema	05/11/2025	05/11/2025
1.5	Preguntas de Investigación	06/11/2025	06/11/2025
1.6	Hipótesis	07/11/2025	07/11/2025
1.7	Justificación	08/11/2025	09/11/2025
2	Objetivos	10/11/2025	12/11/2025
3	Marco Contextual	13/11/2025	16/11/2025
4	Marco Teórico	17/11/2025	04/12/2025
5	Metodología	05/12/2025	16/12/2025
5.1	Congruencia Metodológica	05/12/2025	06/12/2025
5.2	Matriz Metodológica	07/12/2025	08/12/2025
5.3	Operacionalización de las Variables	09/12/2025	10/12/2025
5.4	Enfoque y Métodos	11/12/2025	11/12/2025
5.5	Alcance de la Investigación	12/12/2025	12/12/2025
5.6	Diseño de la Investigación	13/12/2025	13/12/2025
5.7	Técnicas e Instrumentos Aplicados	14/12/2025	15/12/2025
5.8	Fuentes de Información	15/12/2025	15/12/2025
5.9	Limitantes de la Investigación	16/12/2025	16/12/2025
5.10	Cronología del Trabajo	16/12/2025	17/12/2025
	Revisión y ajustes	18/12/2025	19/12/2025
<b>II FASE</b>			
6	Levantamiento y Análisis de la Información o Resultado y Análisis (Aplicación de instrumentos en campo (encuestas/piloto corregido, cierre de recolección y digitación/depuración de datos, análisis descriptivo inicial (estadística descriptiva), Análisis complementario (gráficos, tablas))	19/01/2026	04/03/2026
7	Comprobación de hipótesis	05/03/2026	10/03/2026
8	Conclusiones	11/03/2026	15/03/2026
9	Recomendaciones	16/03/2026	19/03/2026
10	Bibliografía (formato APA, revisión final)	20/03/2026	23/03/2026
11	Anexos (instrumentos, consentimientos, tablas completas)	24/03/2026	27/03/2026
12	Revisión final, correcciones y entrega	28/03/2026	31/03/2026



Tegucigalpa, M. D. C. 07 de octubre de 2025

**Dr. Edgardo David Galeas Tróchez**  
**Instituto Nacional del Diabético**  
**Director**

Estimado Dr. Galeas,

Por este medio me dirijo a usted solicitando se le brinde la oportunidad para realizar un proyecto de investigación en el marco del Proyecto de Graduación a nuestra estudiante egresada de la carrera de Psicología del Centro Universitario Tecnológico CEUTEC de UNITEC, Ena Virginia Flores Urbina, con número de cuenta 32111408 durante el periodo comprendido del 13 de octubre de 2025 al 10 de abril de 2026.



En el caso de que se acepte a nuestra estudiante, ruego a usted enviar nota especificando lo siguiente:

- a) Aceptación formal de nuestra estudiante.
- b) Nombre y cargo de la persona que será el enlace de la estudiante dentro de la empresa y contacto.
- c) Departamento / Centro donde realizará el proyecto de investigación.

Como requerimiento para realizar el proyecto de investigación solicitamos que se asigne a la estudiante una temática que permita la facilitación de información y datos que serán parte integral del informe presentado a la universidad en el marco de las condiciones que se determinen conjuntamente con la Dirección Académica de CEUTEC.

Agradeciendo de antemano la colaboración que se nos proporcione para lograr una mejor vinculación de nuestro estudiante con la realidad profesional.

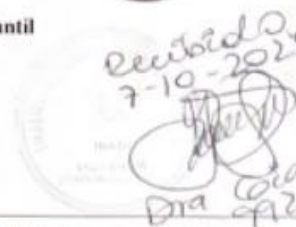
Atte.



**M.Sc. Paola Oyuela**  
**Coordinadora de Psicología y Técnico en Desarrollo y Cuidado Infantil**  
**CEUTEC/UNITEC**  
**E-mail: [sonia.oyuela@unitec.edu.hn](mailto:sonia.oyuela@unitec.edu.hn)**



*Ena Virginia Flores Urbina*  
*11-06-2025*  
*7/10*



*Recibido*  
*7-10-2025*  
*Dra. Coaracas*  
*925-4118*



## COMPROMISO ASESOR TÉCNICO

Por este medio yo, **Paola Valdez**, de profesión, Licenciada en Psicología, con número de colegiación 18-3697 manifiesto que acepto ser asesor técnico durante el proyecto de graduación de la alumna **Ena Virginia Flores Urbina** (32111408).

En el periodo académico del 13 de octubre de 2025 al 10 de abril del año 2026.

Para los usos que a la interesada convengan se extiende la presente en Tegucigalpa, municipio del Distrito Central, a los 13 días del mes de octubre del año 2025.

Pueden contarse al número celular 98441442 y correo electrónico [valdezpaola2025@gmail.com](mailto:valdezpaola2025@gmail.com)

---


**Licenciada Paola Valdez**  
**Asesor Técnico**

Licenciada Elizabeth Pérez V.  
Docente de la Carrera de Psicología- CEUTEC  
e-mail: [eperezv@unitec.edu](mailto:eperezv@unitec.edu)  
Teléfono móvil: 3187-6015 (WhatsApp)

## Anexo C

Formulario de validación de instrumentos facilitado por la universidad

Formulario para validar instrumento "1. Cuestionario de Actitudes hacia la Atención Médica (CAAM-INADI)"												
ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del participante		Mide lo que pretende			
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
Creo que asistir a mis consultas médicas mejora mi salud.	X		X			X	X		X			Los instrumentos presentados por la alumna Ena Virginia Flores Urbina fueron revisados conjuntamente con la propuesta del Proyecto de Investigación y autorizados por el Doctor Edgardo Galeas, Director General del Instituto Nacional del Diabético (INADI), mediante Oficio N° DG-356-2025. Asimismo, dichos instrumentos fueron revisados y validados nuevamente en el mes de diciembre de 2019 por el Departamento de Psicología de la institución, a cargo de la Licenciada Paola Valdez.
Confío en que los profesionales del INADI se preocupan por mi bienestar.	X		X			X	X		X			
A veces siento que las consultas no son necesarias si me siento bien.	X		X			X	X		X			
Me siento escuchado(a) y comprendido(a) durante mis citas médicas.	X		X			X	X		X			
Ir a consulta me ayuda a mantener el control de mi diabetes.	X		X			X	X		X			
Me resulta difícil seguir las recomendaciones que me da el médico.	X		X			X	X		X			
Creo que la comunicación con el personal de salud es buena.	X		X			X	X		X			
Me siento motivado(a) a cuidar mi salud después de cada cita.	X		X			X	X		X			
A veces pienso que los médicos no entienden mis preocupaciones.	X		X			X	X		X			
Considero importante asistir puntualmente a mis consultas programadas.	X		X			X	X		X			
<b>Aspectos generales</b>										Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.										X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.										X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.										X		



Paola Valdez

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.	X		
Están los ítems libres de errores ortográficos.	X		
<b>VALIDEZ</b>			
<b>APLICABLE: X</b>		<b>NO APLICABLE:</b>	
<b>APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES:</b>			
Validado por: Paola Valdez	DNI: 2801-1490-01999	Fecha: 06 de febrero de 2026	
Grado: Licenciada en Psicología (colegiación Nº 18-3697)	Especialidad: Clínica		
Firma: 	Teléfono (trabajo): 98441442/22213660	E-mail: valdezpaola2025@gmail.com	
 			

Adaptado de "Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos" por Y. Gerral, 2009. Revista Colombiana de la Psicología, 19, p. 233.

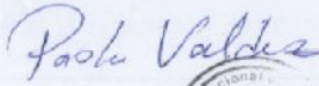
**Formulario para validar instrumento "2. Escala de Barreras para la Asistencia a Consulta (EBAC-INADI)"**

ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del participante		Mide lo que pretende		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Me cuesta asistir a las consultas por falta de tiempo.	X		X			X	X		X		Los instrumentos presentados por la alumna Ena Virginia Flores Urbina fueron revisados conjuntamente con la propuesta del Proyecto de Investigación y autorizados por el Doctor Edgardo Galeas, Director General del Instituto Nacional del Diabético (INADI), mediante Oficio Nº DG-356-2025. Asimismo, dichos instrumentos fueron revisados y validados nuevamente en el mes de diciembre de 2019 por el Departamento de Psicología de la institución, a cargo de la Licenciada Paola Valdez.
El costo del transporte me impide acudir a mis citas.	X		X			X	X		X		
Me desanimo cuando siento que no mejoro con el tratamiento.	X		X			X	X		X		
Las esperas largas en la clínica me desmotivan.	X		X			X	X		X		
A veces olvido la fecha o la hora de mi cita.	X		X			X	X		X		
Siento vergüenza o incomodidad al hablar de mi enfermedad.	X		X			X	X		X		
No asisto a consulta si tengo demasiado trabajo o compromisos familiares.	X		X			X	X		X		
Considero que los médicos no me explican claramente mis resultados.	X		X			X	X		X		
Me da miedo recibir malas noticias sobre mi salud.	X		X			X	X		X		
Siento que ir al hospital me genera más estrés que beneficio.	X		X			X	X		X		
<b>Aspectos generales</b>										<b>Sí</b>	<b>No</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.										X	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.										X	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.										X	
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.										X	
Están los ítems libres de errores ortográficos.										X	
<b>VALIDEZ</b>											
<b>APLICABLE: X</b>					<b>NO APLICABLE:</b>						



*Paola Valdez*

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES:

Validado por: Paola Valdez	DNI: 9901-1710-01999	Fecha: 06 de febrero de 2026
Grado: Licenciada en Psicología (colegiación N° 18-3697)	Especialidad: Clínica	
Firma: 	Teléfono (trabajo): 98441442/22213660	E-mail: valdezpaola2025@gmail.com



Adaptado de "Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos" por Y. Corral, 2009. Revista Colombiana de la Psicología, 29, p. 233.

## Anexo D

Evidencia fotográfica de las aplicaciones en la consulta externa del INADI





## **Anexo E**

Formato de Acta de entrega al INADI de instrumentos llenos en físico, y archivos digitales de los datos recolectados en documento de Excel, elaboración de gráficos, etc., que será firmada en abril de 2026

### **INVESTIGACIÓN: "ACTITUDES Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2"**

En la ciudad de Tegucigalpa, municipio del Distrito Central, a los 17 días del mes de abril de 2026, comparecen por una parte Ena Virginia Flores Urbina, en su condición de Investigadora y pasante de la carrera de Psicología de CEUTEC, y por otra parte LA Licenciada Paola Valdez, en su condición de Jefe del Departamento de Psicología del Instituto Nacional del Diabético (INADI) y Asesor de Investigación Institucional, con el propósito de hacer constar la entrega formal de los insumos, datos y documentos generados durante el desarrollo del estudio realizado en esta institución.

**PRIMERO: DE LOS INSTRUMENTOS FÍSICOS.** Se hace entrega de un total de 377 (trescientas setenta y siete) encuestas físicas, debidamente foliadas, las cuales contienen la ficha sociodemográfica, el consentimiento informado firmado/marcado y los cuestionarios de actitudes y barreras aplicados a los pacientes de consulta externa durante el periodo de recolección de datos, del 10 de febrero al 06 de marzo de 2026. **SEGUNDO: DE LA INFORMACIÓN DIGITAL.** Se hace entrega en formato digital de los siguientes archivos técnicos: Base de Datos Maestra: Archivo en formato digital (Excel) con la tabulación completa y base de datos de las 377 encuestas. Acervo Gráfico: Archivo digital con la construcción de gráficos, cruce de variables y análisis estadísticos descriptivos derivados de la investigación. Documento Final: Versión digital íntegra de la tesis en formato PDF y editable. **TERCERO: DEL DOCUMENTO FINAL DE TESIS.** Se hace entrega de un (1) ejemplar original impreso y encuadernado de la tesis titulada: "Actitudes y barreras percibidas para la asistencia a controles médicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Tegucigalpa", el cual incluye las conclusiones y recomendaciones estratégicas para la mejora institucional. **CUARTO: DEL USO ÉTICO Y CONFIDENCIALIDAD.** La institución receptora se compromete a salvaguardar la

confidencialidad de los datos personales contenidos en las encuestas físicas, de acuerdo con las normativas éticas de salud vigentes. Por su parte, la investigadora hace entrega de este material para el acervo científico y la toma de decisiones del INADI. En fe de lo cual, y para constancia de los interesados, se firma la presente Acta en dos ejemplares de igual valor y tenor, en la fecha y lugar arriba indicados.

**ENTREGA:**

**RECIBE:**

## Anexo C

Muestra del documento de Excel con los datos recolectados (para efectos de confidencialidad se omiten columnas de nombre y número de identidad de los participantes)

Marca temporal	Nº de Teléfono del particip	1. Sexo	2. Edad	3. Nivel de escolarid	4. Estado civil	5. Ocupación princij	6. Tiempo desde el diagnóstico de	7. Presencia de otras enfermedades	Si su respuesta es Sí, marque las que	Específic
2/16/2026 21:01:05	93872262	Femenino	40 a 49 años		Casado(a) / Unión libre		1 – 5 años	No		
2/16/2026 21:03:39	88814575	Femenino	60 a 69 años	Primaria incompleta	Casado(a) / Unión libre	Trabajo informal	1 – 5 años	Sí		Neuropatía diabética
2/16/2026 21:08:17	23352780	Femenino	70 a 79 años	Primaria completa	Viudo(a)	Ama de casa	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Dislipidemia (colesterol o triglicéridos)
2/16/2026 21:12:26	93424646	Femenino	60 a 69 años	Primaria incompleta	Viudo(a)	Ama de casa	6 – 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Hipotiroidismo
2/16/2026 21:17:02	96149467	Femenino	40 a 49 años	Primaria incompleta	Soltero(a)	Ama de casa		No		Hipertensión arterial, Neuropatía diabética
2/16/2026 21:20:59	92382792	Femenino	60 a 69 años	Primaria completa	Separado(a) / Divorcio	Ama de casa	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Hipotiroidismo, Enfermedad cardiovascular
2/16/2026 21:24:39	89259704	Masculino	50 a 59 años	Educación superior	Casado(a) / Unión libre	Trabajo informal	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Enfermedad cardiovascular, Dislipidemia
2/16/2026 21:28:18	97565911	Femenino	40 a 49 años	Educación superior	Casado(a) / Unión libre	Ama de casa	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Obesidad, Neuropatía diabética
2/16/2026 21:30:29	96504005	Masculino	60 a 69 años	Educación superior	Separado(a) / Divorcio	Desempleado(a)	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Neuropatía diabética
2/16/2026 21:34:04	98636875	Masculino	70 a 79 años	Educación superior	Casado(a) / Unión libre	Trabajo informal	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Problemas de la vista (Neuro oftalmología)
2/16/2026 21:37:37	3204885	Masculino	40 a 49 años	Secundaria completa	Casado(a) / Unión libre	Trabajo informal	1 – 5 años	No		
2/16/2026 21:40:58	88507070	Femenino	50 a 59 años	Primaria completa	Separado(a) / Divorcio	Ama de casa	1 – 5 años	Sí		Hipertensión arterial, Dislipidemia (colesterol o triglicéridos)
2/16/2026 21:44:10	96969100	Femenino	50 a 59 años	Primaria incompleta	Casado(a) / Unión libre	Ama de casa	Más de 10 años	Sí		Enfermedad cardiovascular, Pie diabético
2/16/2026 21:47:40	88518332	Femenino	50 a 59 años	Educación superior	Casado(a) / Unión libre	Empleado(a)	6 – 10 años	Sí		Hipertensión arterial
2/16/2026 21:53:08	32559849	Masculino	60 a 69 años	Secundaria completa	Casado(a) / Unión libre	Desempleado(a)	Más de 10 años	No		Pie diabético
2/16/2026 21:55:20		Femenino	60 a 69 años	Secundaria completa	Soltero(a)	Empleado(a)	1 – 5 años	Sí		Hipertensión arterial, Dislipidemia (colesterol o triglicéridos)
2/16/2026 22:02:32	98635060	Femenino	60 a 69 años	Primaria completa	Separado(a) / Divorcio	Ama de casa	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Dislipidemia (colesterol o triglicéridos)
2/16/2026 22:04:41	31783108	Masculino	40 a 49 años	Secundaria incompleta	Casado(a) / Unión libre	Empleado(a)	1 – 5 años	No		
2/16/2026 22:12:49	98137222	Femenino	50 a 59 años	Primaria incompleta	Casado(a) / Unión libre	Trabajo informal	6 – 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Obesidad, Problemas de la vista (Neuro oftalmología)
2/16/2026 22:18:23	22450382	Femenino	80 a 89 años	Primaria incompleta	Soltero(a)	Ama de casa	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Hipotiroidismo, Dislipidemia (colesterol o triglicéridos)
2/17/2026 21:11:18	95152931	Femenino	60 a 69 años	Secundaria incompleta	Viudo(a)	Ama de casa	1 – 5 años	Sí		Hipertensión arterial, Enfermedad cardiovascular, Problemas de la vista (Neuro oftalmología)
2/17/2026 21:13:53	99186662	Femenino	40 a 49 años	Educación superior	Separado(a) / Divorcio	Empleado(a)	Más de 10 años	Sí		Hipertensión arterial, Hipotiroidismo
2/17/2026 21:16:53	98007578	Femenino	50 a 59 años	Primaria incompleta	Soltero(a)	Ama de casa	1 – 5 años			Hipertensión arterial

Especifique otra limitación	10. ¿Está registrado(a) como paciente?	11. Frecuencia con la que asiste a citas	12. Sugerencias como paciente para mejorar la atención	Cuestionario de Actitudes hacia la Medicina	Confío en que lo	A veces siento que	Me siento escuchado	Ir a consulta me	Me resulta difícil	Creo que la com
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Contenta con la atención. Que bajen los costos	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Que la atiendan siempre. Que entreguen en tiempo	Totalmente de acuerdo	En desacuerdo		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Coordinación entre los medicamentos y las citas	Totalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Qué siempre haya medicamento. Qué no sea caro	Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Que los médicos avancen con nuestra enfermedad	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	En desacuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Mejorar la distribución de los pacientes a los médicos	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	De acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Atender primero a los pacientes que vienen pronto	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Dificultad para caminar, no tengo un pie.	Sí	Siempre asisto a mis citas	Abrir cajas más cercanas, para no caminar	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	En desacuerdo	De acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Amputación pierna derecha	Sí	Siempre asisto a mis citas	Se necesitan más especialistas. Endocrinólogo	Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo
	Sí	Casi siempre		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Las citas son muy largas, mala atención por parte de los médicos	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Exagerados los pagos por exámenes	Que h	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas		Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Sí	Siempre asisto a mis citas	Qué tengan medicamentos. El tiempo para recibirlos	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo