CUIDADO & SALUD PÚBLICA
Revista Científica / Scientific Journal Public Health and Care

ARTÍCULO ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LIMA NORTE

DEPRESSION IN WOMEN DURING THE MENOPAUSAL TRANSITION WHO LIVE IN NORTH LIMA, 2026

Cristian Nahuel Gonzalez Cordero[1]

[1]*Universidad de Ciencias y Humanidades. Facultad de Ciencias de la Salud. Lima. Perú.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo
Recibido: 10/02/2026
Aprobado: 28/05/2026
Publicado: 30/06/2026

Autor corresponsal
Cristian Nahuel Gonzalez Cordero
nahuelgonzalezcor@gmail.com

Financiamiento
Autofinanciado

Conflictos de interés
Los autores declaran no tener conflictos de interés

Citar como
Gonzalez Cordero CN, Calidad de vida e personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salus de Lima Norte; 6(3): 64-70. DOI: 10.53684/csp.v6i1.188

Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 Internacional

RESUMEN

Objetivos: El objetivo de investigación es determinar la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte. **Materiales y métodos:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental, con una poblacion de 103 personas diagnosticadas con diabetes mellitus tip2, que respondieron un cuestionario de datos sociodemográficos y el instrumento diabetes 39. **Resultados:** En sus resultados, el 15,9%(n=13) tienen una calidad de vida baja, 59,3%(n=67) calida de vida media y 24,8%(n=23) calidad de vida alta. **Conclusiones:** El apoyo social y la educación son cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Programas educativos adecuados y redes de apoyo sólidas pueden ayudar a los individuos a gestionar mejor su condición, adherirse a los tratamientos y mantener una actitud positiva, reduciendo el impacto negativo de la diabetes en su vida diaria.

Palabras clave: Calidad de vida; Diabetes mellitus; Salud mental (DeCS).

ABSTRACT

Objectives: The objective of this study is to determine the quality of life among people with type 2 diabetes mellitus receiving care at a health facility in Northern Lima. **Materials and Methods:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional, non-experimental study involving a population of 103 people diagnosed with type 2 diabetes mellitus, who completed a questionnaire on sociodemographic data and the Diabetes 39 instrument. **Results:** The results showed that 15.9% (n=13) had a low quality of life, 59.3% (n=67) had a moderate quality of life, and 24.8% (n=23) had a high quality of life. **Conclusions:** Social support and education are crucial for improving patients' quality of life. Appropriate educational programs and strong support networks can help individuals better manage their condition, adhere to treatments, and maintain a positive attitude, thereby reducing the negative impact of diabetes on their daily lives.

Keywords: Quality of life; Diabetes mellitus; Mental health (DeCS).

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (MD2) representa una carga para la salud pública global, afectando a millones de personas y presentando desafíos complejos tanto para los individuos diagnosticados como para los sistemas de atención médica [1]. Esta enfermedad crónica se caracteriza por la resistencia a la insulina y la incapacidad del cuerpo para producir suficiente insulina para mantener niveles de glucosa en sangre normales. Más allá de los aspectos fisiológicos, el impacto de la diabetes tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes es considerable y multifacético [2].

A nivel personal, el manejo diario de la enfermedad implica una serie de cambios en el estilo de vida, incluyendo modificaciones en la dieta, la incorporación de actividad física regular, la monitorización constante de los niveles de glucosa y, en muchos casos, la administración de medicamentos [3]. Estas exigencias pueden generar estrés emocional, restricciones en las actividades cotidianas y una constante preocupación por complicaciones futuras. Además, el control glucémico inadecuado puede llevar a complicaciones crónicas como enfermedades cardiovasculares, neuropatías, problemas renales y oculares, que afectan negativamente la calidad de vida y aumentan el riesgo de mortalidad prematura [4].

Desde una perspectiva sistémica, la DM2 representa una carga económica para los sistemas de salud, debido a los costos asociados con el tratamiento de complicaciones y el manejo continuo de la enfermedad. Además, existen disparidades socioeconómicas y geográficas que afectan el acceso a servicios de salud de calidad, medicamentos y educación para el autocuidado, lo cual agrava las desigualdades en los resultados de salud entre diferentes grupos de población [5].

Además de los desafíos individuales y sistémicos mencionados, la DM2 también tiene un impacto en el bienestar psicológico de los pacientes. La gestión constante de la enfermedad y la necesidad de realizar ajustes continuos en el estilo de vida pueden llevar a sentimientos de ansiedad, depresión y estrés crónico [6]. La carga emocional asociada con la diabetes puede afectar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida general de los pacientes, influyendo en su capacidad para mantener relaciones sociales, rendir en el trabajo y participar plenamente en actividades diarias [7].

Es por ello que, en términos de equidad en salud, las disparidades en el acceso a recursos y servicios adecuados son especialmente pronunciadas en comunidades desfavorecidas y minorías étnicas, donde la prevalencia de DM2 tiende a ser más alta [8]. Factores como la falta de seguro médico, la limitada disponibilidad de alimentos saludables y la escasa infraestructura para la actividad física pueden exacerbar la enfermedad y sus complicaciones. Esta inequidad socioeconómica subraya la necesidad de políticas públicas que promuevan la equidad en el acceso a la atención médica y programas de prevención, así como iniciativas comunitarias que eduquen y capaciten a las poblaciones vulnerables sobre el manejo efectivo de la diabetes [9].

Asi mismo, la educación y la autogestión son componentes cruciales en el manejo de la DM2. Los pacientes que reciben una educación adecuada sobre su condición tienen más probabilidades de adherirse a los regímenes de tratamiento y realizar cambios positivos en su estilo de vida. Sin embargo, la disponibilidad y calidad de los programas educativos pueden variar considerablemente [10]. En algunas áreas, especialmente en las zonas rurales y en comunidades con bajos ingresos, puede haber una falta de recursos y profesionales capacitados para proporcionar la educación necesaria. Esto puede resultar en un manejo inadecuado de la enfermedad y un mayor riesgo de complicaciones a largo plazo [11].

Además de la educación, el apoyo social juega un papel fundamental en la vida de las personas con DM2. Tener una red de apoyo, ya sea a través de familiares, amigos o grupos de apoyo, puede proporcionar el aliento necesario para enfrentar los desafíos diarios de la enfermedad [12]. El apoyo emocional y práctico puede ayudar a los pacientes a seguir sus planes de tratamiento, hacer frente a los momentos difíciles y mejorar su bienestar general. Las iniciativas comunitarias que fomentan el apoyo mutuo y la colaboración pueden ser particularmente efectivas en mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de los pacientes [13].

En tal sentido, la tecnología también está comenzando a desempeñar un papel importante en la gestión de la DM2. Aplicaciones móviles, dispositivos de monitoreo continuo de glucosa y plataformas de telemedicina están facilitando una mejor gestión de la enfermedad [14]. Estas herramientas pueden proporcionar recordatorios para la medicación, seguimiento en tiempo real de los niveles de glucosa y acceso a profesionales de la salud sin la necesidad de desplazarse [15]. Sin embargo, la brecha digital puede limitar el acceso a estas tecnologías, especialmente para personas mayores o aquellas en comunidades desfavorecidas. Es fundamental abordar estas desigualdades para garantizar que todos los pacientes puedan beneficiarse de los avances tecnológicos [16].

En un estudio realizado en México, con la participacion de 127 pobladores con DM2, manifestaron en sus resultados que, el 80% de los participantes tenian una buena calidad de vida y el 20% tenian una mala calidad de vida, concluyendo que la adherencia al tratamiento de insulina, permite una mejora en la calidad de vida del poblador, haciendo que pueda realizar sus rutinas diarias [17].

En un estudio realizado en Perú, con la participacion de 471 pacientes con DM2, observaron en sus resultados que, los pacientes con depresión tendían a presentar una calida de vida baja, en donde concluyen, en que al presentar una enfermedad para toda su vida, su estado emocional tiende a disminuir haciendo que la persona manifieste la depresion producto de la enfermedad [18].

Por tanto el objetivo del estudio es determinar la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte.

MATERIALES Y MÉTODOS

A. Tipo y diseño de investigación

En el estudio, de acuerdo a sus propiedades es cuantitativa, con respecto a su metodología es descriptiva-transversal no experimental [19].

B. Población

La población esta conformada por un total de 103 personas que van a un centro de salud en Los Olivos para su atencion.

Criterio de inclusión

- Personas entre 30 a 60 años
- Personas de ambos sexos
- Personas que voluntariamente acepten estar presentes en el estudio.

C. Técnica e instrumento de recolección de datos

La tecnica que se utilizo fue la encuesta, en la cual mediante un cuestionadrio de aspectos sociodemográficos y el instrumento de recoleccion de datos Diabetes 39.

Para la recolección de datos se ha estructurado en 2 bloques: 1. Datos sociodemográficos como edad, estado civil, nivel de instrucción y ocupación actual; 2. Diabetes 39 que comprende 39 items distribuidos en 5 dimensiones: energía y movilidad (15 items), control de diabetes (12 items), control y preocupación (4 items), sobrecarga social (5 items) y función sexual (3 items), en la cual se valora con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta: "1 = no afecto para nada", "2 = casi nada", "3 = un poco", "4 = regular", " 5 = mucho", "6 = demasiado", "7 = afecto tremendamente", por lo que su puntuación seria de "1 a 91" es calidad de vida baja, "92 a 183" calidad de vida media y "184 a 273" calidad de vida alta, a mayor puntuación, mayor será la calidad de vida del paciente". Además en el instrumento se encuentran dos ítems que van al final, lo cual valora la percepción del paciente acerca de su calidad de vida a nivel global y la severidad de la enfermedad, de la cual no fueron tomados en el estudio puesto que no contribuyo en la puntuación final [20][21].

La validez del instrumento se determinó en función a la técnica de análisis factorial exploratorio con rotación Varimax. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Mayer-Olkin obtuvo un coeficiente de 0,882 (KMO > 0,6), mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo resultados significativos (X2 aprox. = 4136,961; gl = 120; p = 0,000).

La fiabilidad del instrumento se determinó en función a la prueba estadística Alfa de Cronbach, la misma que obtuvo para el total de los ítems (i = 39) un coeficiente de 0,962 (α > 0,6).

D. Lugar y aplicación del instrumento

Primero, se coordino con el medico de consulta externa para realizar el estudio y a su vez se dio los detalles acerca del trabajo de investigación a medidados de enero del presente año. Segundo, se realize la encuesta para medir la calidad de vida en las personas diabeticas, brindandole los conocimientos necesarios sobre el estudio de investigacion y el llenado de la encuesta.

Además, la presente investigación se desarrolló de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, garantizando el respeto por la autonomía de los participantes mediante su participación voluntaria y la previa información sobre los objetivos y procedimientos del estudio. Asimismo, se consideró el principio de beneficencia, procurando que la investigación contribuya a generar conocimiento útil para comprender la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2; el principio de no maleficencia, evitando procedimientos que pudieran ocasionar daño o riesgo innecesario a los participantes; y el principio de justicia, asegurando un trato equitativo y sin discriminación durante la selección y participación en el estudio. Además, se protegió la confidencialidad de la información proporcionada y se respetó la privacidad de los participantes [22].

RESULTADOS

Tabla 1. Calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte.

	Nivel	Frecuencia	Porcentajes
Calidad de vida	Bajo	13	15,9%
	Medio	67	59,3%
	Alto	23	24,8%
	Total	103	100,0%

En la tabla 1, el 24,8% de los participantes tienen una calidad de vida alta, 59,3% calidad de vida media y 15,9% calidad de vida baja.

Tabla 2. Calidad de vida en su dimensión energía/movilidad en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte.

	Nivel	Frecuencia	Porcentajes
Energía/ movilidad	Bajo	24	21,2%
	Medio	57	68,1%
	Alto	12	10,6%
	Total	103	100,0%

En la tabla 2, con respecto a la dimension energía/ movilidad, 10,6% de los participantes tienen una calidad de vida alta, 68,1% calidad de vida media y 21,2% calidad de vida alta.

Tabla 3. Calidad de vida en su dimensión control de la diabetes en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte.

	Nivel	Frecuencia	Porcentajes
Energía/ movilidad	Bajo	23	20,4%
	Medio	49	56,6%
	Alto	31	23%
	Total	103	100,0%

En la tabla 3, con respecto a la dimension control de la diabetes, 23% de los participantes tienen una calidad de vida alta, 56,6% calidad de vida media y 20,4% calidad de vida baja.

Tabla 4. Calidad de vida en su dimensión ansiedad/ preocupación en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte.

	Nivel	Frecuencia	Porcentajes
Ansiedad/ preocupación	Bajo	26	23%
	Medio	50	53,1%
	Alto	27	23,9%
	Total	103	100,0%

En la tabla 4, con respecto a la dimension ansiedad/ preocupacion, 23,9% de los participantes tienen una calidad de vida alta , 53,1% calidad de vida media y 23% calidad de vida baja.

Tabla 5. Calidad de vida en su dimensión carga social en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte.

	Nivel	Frecuencia	Porcentajes
Ansiedad/ preocupación	Bajo	28	24,8%
	Medio	51	54%
	Alto	24	21,2%
	Total	103	100,0%

En la tabla 5, con respecto a la dimension carga social, 21,2% de los participantes tienen una calidad de vida alta, 54% calidad de vida media y 24,8% calidad de vida baja.

Tabla 6. Calidad de vida en su dimensión funcionamiento social en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento de salud en Lima Norte.

	Nivel	Frecuencia	Porcentajes
Ansiedad/ preocupación	Bajo	31	32,7%
	Medio	60	56,6%
	Alto	12	10,6%
	Total	103	100,0%

En la tabla 6, con respecto a la dimension funcionamiento social, 10,6% de los participantes tienen una calidad de vida alta, 56,6% calidad de vida media y 32,7% calidad de vida baja.

DISCUSIÓN

En los resultados de la tabla 1, se revela una distribución en los niveles de calidad de vida entre los participantes, con un 24,8% reportando una calidad de vida alta, un 59,3% con calidad de vida media y un 15,9% con calidad de vida baja. Estos resultados subrayan la variabilidad en el bienestar percibido y experimentado por la población estudiada, sugiriendo que una proporción considerable se encuentra en niveles medios de calidad de vida, mientras que una minoría significativa enfrenta desafíos que podrían afectar su bienestar general. Es por ello que Rojas *et al.* [17], mencionan en su estudio que es esencial profundizar en las causas subyacentes de estas diferencias para desarrollar estrategias efectivas que mejoren la calidad de vida de aquellos en riesgo o en condiciones desfavorables, promoviendo así un mayor equilibrio y bienestar general en la población estudiada.

En los resultados de la tabla 2, se observa que el 10,6% de los participantes reportan una calidad de vida alta en la dimensión de energía/movilidad, mientras que el 68,1% presenta una calidad de vida media y el 21,2% restante una calidad de vida baja. Estos resultados indican una distribución variada en cómo los participantes perciben y experimentan su energía y movilidad. Es alentador ver que un segmento pequeño, pero significativo, informa niveles altos de calidad de vida en esta área, posiblemente reflejando una buena salud física y niveles adecuados de actividad física. Sin embargo, la mayoría de los participantes se encuentran en un nivel medio de calidad de vida, lo que sugiere posibles áreas para mejorar, como la promoción de estilos de vida más activos y saludables. Es por ello que Meneses *et al.* [15], mencionan que en sus resultados al presentarse una calidad de vida baja permite verificar que se necesidad urgente de intervenciones dirigidas para abordar barreras específicas que limitan la energía y movilidad, mejorando así el bienestar general y la funcionalidad física de esta población.

En los resultados de la tabla 3, se revela que el 23% de los participantes reportan una alta calidad de vida en la dimensión de control de la diabetes, mientras que el 56,6% experimenta una calidad de vida media y el 20,4% restante muestra una calidad de vida baja. Estos hallazgos indican una distribución significativa en la percepción del control de la diabetes entre los participantes. Es alentador ver que una minoría tiene una percepción positiva de su capacidad para gestionar la enfermedad, lo cual podría estar asociado con un adecuado manejo glucémico, adherencia al tratamiento y apoyo efectivo. Del mismo modo González *et al.* [13], mencionan en sus resultados que la mayoría se encuentra en un nivel medio de calidad de vida, lo que sugiere áreas de mejora en la educación sobre la enfermedad, acceso a recursos de salud y apoyo continuo para optimizar el control glucémico. La proporción considerable de participantes con una calidad de vida baja subraya la necesidad urgente de intervenciones personalizadas y centradas en fortalecer las habilidades de autocuidado y mejorar la calidad de vida de aquellos que enfrentan mayores desafíos en el control de la diabetes.

En los resultados de la tabla 4, se observa que el 23,9% de los participantes reportan una alta calidad de vida en la dimensión de ansiedad/preocupación, mientras que el 53,1% presenta una calidad de vida media y el 23% restante muestra una calidad de vida baja. Estos resultados reflejan una distribución variada en cómo los participantes experimentan y gestionan la ansiedad y la preocupación en relación con su estado de salud. Es alentador ver que una proporción informa una calidad de vida alta en esta dimensión, lo que podría indicar estrategias efectivas para manejar el estrés y preocupaciones relacionadas con su condición de salud. Sin embargo, Rojas *et al.* [17], mencionan en su estudio que la mayoría que se encuentra en un nivel medio de calidad de vida, permite sugerir que aún hay espacio para mejorar el soporte emocional y psicológico ofrecido a los pacientes. La presencia de un segmento considerable con calidad de vida baja destaca la importancia de intervenciones dirigidas para abordar factores subyacentes de estrés y ansiedad, promoviendo así una mejor calidad de vida global y bienestar emocional entre los participantes.

En los resultados de la tabla 5, se revela que el 21,2% de los participantes reportan una alta calidad de vida en la dimensión de carga social, mientras que el 54% presenta una calidad de vida media y el 24,8% restante muestra una calidad de vida baja. Estos resultados subrayan la diversidad en cómo los participantes perciben y experimentan la carga social asociada con su condición de salud. Es positivo observar que una menor parte informa una alta calidad de vida en esta área, lo que puede reflejar redes de apoyo sólidas, relaciones sociales positivas y una percepción optimista de su integración en la comunidad. Sin embargo, Accinelli *et al.* [18], mencionan que la mayoría en su estudio presenta un nivel medio de calidad de vida, indicando que muchos enfrentan desafíos en la gestión de las implicaciones sociales de su enfermedad. La presencia de un segmento considerable con calidad de vida baja subraya la necesidad de intervenciones dirigidas para mejorar la integración social, reducir el estigma y fortalecer los vínculos comunitarios, aspectos clave para promover un mayor bienestar y calidad de vida entre los participantes afectados.

En los resultados de la tabla 6, se observa que el 10,6% de los participantes reportan una alta calidad de vida en la dimensión de funcionamiento social, mientras que el 56,6% muestra una calidad de vida media y el 32,7% restante experimenta una calidad de vida baja. Estos resultados reflejan desafíos significativos en cómo los participantes perciben y experimentan su funcionalidad social en el contexto de su salud. Es alentador ver que un pequeño porcentaje tiene una percepción positiva de su funcionamiento social, lo cual puede indicar una capacidad adecuada para mantener relaciones interpersonales y participar activamente en actividades sociales. Asi mismo Accinelli *et al.* [18], presentan en sus resultados que la mayoría se encuentran en un nivel medio de calidad de vida en esta dimensión, permitiendo ver que dificultades en áreas se encuentran como la participación social, la comunicación y la interacción social. La proporción sustancial con calidad de vida baja destaca la necesidad de intervenciones que fortalezcan las habilidades sociales, mejoren la autoconfianza y reduzcan el aislamiento social, aspectos esenciales para mejorar la calidad de vida

y el bienestar emocional de los participantes afectados por condiciones de salud que impactan su funcionalidad social.

CONCLUSIONES

En conclusion, la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se ve afectada de manera multidimensional, incluyendo aspectos físicos, emocionales y sociales. El manejo constante de la enfermedad, junto con las complicaciones asociadas, puede llevar a una disminución en el bienestar general y la satisfacción con la vida, destacando la necesidad de enfoques integrales en el tratamiento que aborden todas estas áreas.

Asi mismo, el apoyo social y la educación son cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Programas educativos adecuados y redes de apoyo sólidas pueden ayudar a los individuos a gestionar mejor su condición, adherirse a los tratamientos y mantener una actitud positiva, reduciendo el impacto negativo de la diabetes en su vida diaria.

Por ultimo, existen disparidades en el acceso a recursos y servicios de salud entre diferentes comunidades, lo que afecta la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2. Las poblaciones desfavorecidas y minorías étnicas enfrentan mayores desafíos debido a la falta de seguro médico, disponibilidad limitada de alimentos saludables y escasa infraestructura para la actividad física, subrayando la necesidad de políticas públicas que promuevan la equidad en la atención sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coronel G, Sánchez Y, Asenjo J. Calidad de vida según características demográficas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Finlay [Internet]. 2023;13(3). Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1264/2270
2. Abualhommos A, Alturaifi A, Hamdhah A, Al-Ramadhan H, Al Z, Al Nasser H. The Health-Related Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes in Saudi Arabia. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2022;16(5):1233–45. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9109984/pdf/ppa-16-1233.pdf
3. Góndola E, Carrasco G, Pauss P, Rojas T. Estilo de vida de los pacientes diabéticos que asisten a la Cínica de Diabetes del Hospital Santo Tomás. Guacamaya [Internet]. 2020;4(5):64–78. Disponible en: https://revistas.up.ac.pa/index.php/guacamaya/article/view/1313/1078
4. Yeole U, Jiandani M, Kunjir S, Bhat S. Quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. Med J Dr DY Patil Vidyapeeth [Internet]. 2020;13(4):311–4. Disponible en: https://journals.lww.com/mjdy/fulltext/2020/13040/quality_of_life_of_patients_with_type_2_diabetes.6.aspx
5. Abedini M, Bijari B, Miri Z, Shakhs F, Abbasi A. The quality of life of the patients with diabetes type 2 using EQ-5D-5 L in Birjand. Heal Qual Life Outcome [Internet]. 2020;18(18):1–9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6990543/pdf/12955_2020_Article_1277.pdf
6. Armas M, Oblitas S. Cuidados de enfermería en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Rev Exp en Med [Internet]. 2025;11(1). Disponible en: https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/viewFile/778/492
7. Torres E, Arévalo H, Suarez I, Vega N. Perfil clínico de pacientes atendidos con diabetes mellitus tipo 2 en un programa de reversión. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2021;21(1):124–9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-145.pdf
8. Campo E, Castro M, Apreza G, Camacho D. Riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en una población adulta del Caribe colombiano. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2021;37(4):1–16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n4/1561-2961-enf-37-04-e3903.pdf
9. Bezerra K, de Oliveira A, de Oliveira A, da Silva Carvalho Q, da Silva Santos A, da Silva Cavalcanti B. Conocimiento y Autoeficacia en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Enferm Glob [Internet]. 2023;22(3):68–81. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v22n71/1695-6141-eg-22-71-68.pdf
10. Cuevas F, Pérez A, Cerdeña E, Hernández M, Iglesias M, García M, *et al.* Mal control de la diabetes tipo 2 en un centro de salud de atención primaria: factores modificables y población diana. Atención Primaria [Internet]. 2021;53(9):102066. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656721001001
11. Márquez L, De Arana A, Yapur N, Merino N, Higareda J. Calidad de Vida, Ansiedad, Depresión y Consumo de Alcohol en Adultos con Diabetes Tipo Dos durante la Pandemia por COVID-19. Acta Investig Psicológica [Internet]. 2022;12(3):58–70. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322022000300058
12. Muñoz D, Arteaga A. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2021;22(1). Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/29761/25261
13. González L, Cooper D, Méndez H, Cardona D, Rodríguez A. Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. Medisan [Internet]. 2021;25(2):388–403. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n2/1029-3019-san-25-02-388.pdf
14. Mora J. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. Psicumex [Internet]. 2022;12(662):1–20. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-59362022000100101
15. Meneses B, Gonzalez N, Alvarado W, Meneses J. Quality of life in patients with diabetes mellitus treated in an outpatient clinic of a hospital in North Lima. Int J Adv Appl Sci [Internet]. 2022;9(5):1–8. Disponible en: http://science-gate.com/IJAAS/Articles/2022/2022-9-5/1021833ijaas202205001.pdf
16. Rondón J, Angelucci L. Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. Rev Costarric Psicol [Internet]. 2021;40(2):215–42. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v40n2/1659-2913-rcp-40-02-215.pdf
17. Rojas F, Ayala M, Cuéllar J, Mendoza M, Alemán C. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. Atención Fam [Internet]. 2021;28(4):275. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af214f.pdf
18. Accinelli R, Arias K, Leon J, López L, Saavedra J. Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus en establecimientos de salud pública de Lima Metropolitana. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021;50(4):243–51. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745020300287

19. Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. [Internet]. 2015. p. 634. Disponible en: http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf
20. Boyer J, Earp J. The Development of an Instrument for Assessing the Quality of Life of People with Diabetes: Diabetes-39. Med Care [Internet]. 1997;35(5):440–53. Disponible en: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1997/05000/The_Development_of_an_Instrument_for_Assessing_the.3.aspx
21. López J, Rodriguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes Mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex [Internet]. 2006;48(3):200–11. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sal063d.pdf
22. Rodríguez R. Actualización de la Declaración de Helsinki, avances en ética y protección de la investigación médica Helsinki. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2025;54(1):2–5. Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76247/2828