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

ARTÍCULO ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

CONDUCTAS ASOCIADAS AL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA METROPOLITANA, 2026

BEHAVIORS ASSOCIATED WITH CHRONIC PAIN IN OLDER ADULTS TREATED AT A NATIONAL HOSPITAL IN METROPOLITAN LIMA, 2026

Judith Rebeca Chinchay Llacsahuanga[1], *Adelayda Albites Rodas*[2]

[1]*Clínica San Gabriel. Área de Hospitalización. Lima. Perú.*
[2]*Empresa OHLA Perú. Salud Ocupacional. Lima. Perú.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo
Recibido: 28/03/2026
Aprobado: 31/05/2026
Publicado: 30/06/2026

Autor corresponsal
Judith Rebeca Chinchay Llacsahuanga
chinchayrebeca@gmail.com

Financiamiento
Autofinanciado

Conflictos de interés
Los autores declaran no tener conflictos de interés

Citar como
Chinchay Llacsahuanga JR, Albites Rodas A. Conductas asociadas al dolor crónico en adultos mayores atendidas en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2026. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública 2026; 6(3): 71-76. DOI: 10.53684/csp.v6i1.189

Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 Internacional

RESUMEN

Objetivos: Determinar las conductas asociadas al dolor crónico en adultos mayores atendidas en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2026. **Materiales y métodos:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental, con la participacion de 58 personas hospitalizadas, que respondieron un cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario de conductas de dolor. **Resultados:** En sus resultados, el 55,2%(n=32) de las personas presentan conductas de dolor bajo y 44,8%(n=26) conductas de dolor medio. **Conclusiones:** En conclusión, el dolor crónico en pacientes geriátricos disminuye significativamente su calidad de vida, afectando su movilidad, independencia y bienestar emocional, lo que puede llevar a un deterioro físico y cognitivo más rápido.

Palabras clave: Dolor; Dolor crónico; Paciente; Hospitalización (DeCS).

ABSTRACT

Objectives: To determine the behaviors associated with chronic pain in older adults treated at a national hospital in Metropolitan Lima. **Materials and methods:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional, and non-experimental study involving 58 hospitalized individuals who completed a sociodemographic data questionnaire and a pain behavior questionnaire. **Results:** The results show that 55.2% (n=32) of the individuals exhibited low-level pain behaviors, while 44.8% (n=26) exhibited moderate level pain behaviors. **Conclusions:** In conclusion, chronic pain in geriatric patients significantly diminishes their quality of life affecting mobility, independence, and emotional well-being which can lead to more rapid physical and cognitive decline.

Keywords: Pain; Chronic pain; Patient; Hospitalization (DeCS).

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es una condición de salud prevalente y debilitante que afecta a muchas personas globalmente, siendo los pacientes geriátricos especialmente vulnerables debido a la alta incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas en este grupo etario. En una institución hospitalaria, el manejo del dolor crónico en los pacientes mayores presenta desafíos únicos debido a la complejidad de sus condiciones médicas, la polifarmacia y las posibles limitaciones cognitivas y físicas [1].

Evaluar y tratar el dolor crónico en pacientes geriátricos requiere un enfoque multidisciplinario que incluya no solo intervenciones médicas, sino también estrategias psicológicas y sociales. Es fundamental tener en cuenta que el dolor en estos pacientes puede estar subreportado o mal manejado debido a la creencia errónea de que el dolor es una parte inevitable del envejecimiento, lo cual puede conducir a una atención inadecuada. Además, los pacientes geriátricos a menudo tienen dificultades para comunicar su dolor, ya sea por deterioro cognitivo o por barreras culturales y lingüísticas, complicando aún más su manejo [2].

El impacto del dolor crónico en la calidad de vida de los pacientes geriátricos es significativo. Puede llevar a la disminución de la movilidad, aumento de la dependencia, deterioro del estado emocional y aislamiento social. La prevalencia del dolor crónico en la población geriátrica es alarmante, con estudios que indican que hasta el 50% de los adultos mayores experimentan algún tipo de dolor persistente [3]. Este dolor no solo se asocia con condiciones comunes en la tercera edad, como la osteoartritis, la neuropatía diabética y la osteoporosis, sino también con secuelas de procedimientos quirúrgicos y enfermedades oncológicas [4]. La complejidad del dolor crónico en estos pacientes se ve agravada por la presencia de comorbilidades que pueden interferir con el diagnóstico y tratamiento adecuado [5].

Una de las principales barreras en el manejo efectivo del dolor crónico en pacientes geriátricos es la subestimación del dolor por parte de los profesionales de la salud [6]. Existen prejuicios y malentendidos que llevan a considerar el dolor como una consecuencia natural del envejecimiento, en lugar de una condición tratable [7]. Este enfoque puede resultar en un tratamiento insuficiente, afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes. Además, la falta de formación específica en el manejo del dolor en la geriatría y la escasez de recursos dedicados a este propósito en las instituciones hospitalarias contribuyen a esta problemática [8].

El dolor crónico en pacientes geriátricos también tiene un impacto significativo en el ámbito emocional y psicológico. La presencia constante de dolor puede llevar a la depresión, la ansiedad y la disminución de la capacidad cognitiva [9]. Estos factores, a su vez, pueden empeorar la percepción del dolor y crear un ciclo vicioso difícil de romper. Por lo tanto, es esencial que los enfoques de tratamiento incluyan no solo terapias farmacológicas, sino también intervenciones psicológicas y de apoyo social para abordar todas las dimensiones del dolor [10].

Además, el dolor crónico en los pacientes geriátricos a menudo coexiste con otras condiciones médicas, lo que complica aún más su manejo [11]. La polifarmacia, común en esta población, puede resultar en interacciones medicamentosas adversas y efectos secundarios que agravan el dolor o generan nuevos problemas de salud [12]. Los profesionales de la salud enfrentan el desafío de equilibrar la necesidad de aliviar el dolor con el riesgo de sobrecargar a los pacientes con medicamentos, algunos de los cuales pueden tener efectos secundarios graves, como sedación, confusión, o riesgo de caídas [13].

Otra dimensión crítica del problema es la falta de capacitación específica en el manejo del dolor geriátrico entre los profesionales de la salud. Muchos médicos y enfermeros no reciben formación suficiente sobre las particularidades del dolor en los ancianos, lo que puede llevar a una subestimación de la gravedad del dolor y a un tratamiento inadecuado. La ausencia de protocolos estandarizados y la variabilidad en las prácticas de manejo del dolor entre diferentes instituciones hospitalarias también contribuyen a la inconsistencia en la calidad de la atención que reciben los pacientes geriátricos [14].

La gestión del dolor crónico también está influenciada por factores sociales y culturales. En muchas culturas, las personas mayores pueden minimizar o no expresar su dolor debido a normas sociales que valoran la resiliencia y la aceptación del dolor como una parte natural del envejecimiento [15]. Esta reticencia a hablar del dolor puede llevar a una subestimación del problema por parte de los cuidadores y profesionales de la salud, resultando en una atención insuficiente. Además, el aislamiento social y la falta de apoyo familiar pueden exacerbar la percepción del dolor y dificultar el manejo efectivo [16].

Por último, las limitaciones económicas y de recursos en muchas instituciones hospitalarias representan un obstáculo significativo para el manejo adecuado del dolor crónico en pacientes geriátricos. La escasez de personal especializado, la falta de acceso a tratamientos no farmacológicos y la insuficiencia de programas de rehabilitación pueden limitar las opciones de tratamiento disponibles. Esta situación puede llevar a una dependencia excesiva de los analgésicos, que no siempre son la solución más efectiva o segura para los pacientes mayores [17].

Por lo tanto, el objetivo de investigación es determinar las conductas asociadas al dolor crónico en adultos mayores atendidas en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2026.

MATERIALES Y MÉTODOS

A. Tipo y diseño de investigación

En la respective investigacion, de acuerdo a sus propiedades para la recolección de datos es de enfoque cuantitativo, con metodología descriptiva-trasnversal no experimental [18].

B. Población de estudio

La poblacion total esta conformada por 58 pacientes hospitalizados en un hospital de Lima Norte.

C. Criterio de inclusión

- Participantes mayores de 18 años en adelante
- Participantes que acepten ser participes de forma voluntaria en el estudio.

D. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizo es la encuesta, en la cual abarca aspectos sociodemográficos y el instrumento de recolección de datos del Cuestionario de Conductas de Dolor (CCD).

El instrumento CCD, es una de las herramientas que permite evaluar las conductas del dolor de los pobladores en Lima Norte, presenta 4 dimensiones: queja no verbal (5 items), evitación de estimulos (4 items), queja verbal (3 items) y evitación de actividades (4 items), en donde la puntuación derviva de alternativas en escala tipo Likert en dond "0 = nunca", "1 = a veces", "2 = frecuentemente", "3 = muy a menudo" y "4 = siempre". Cuya puntuación final es de 0 a 64 punto, donde a mayor puntuación, mayor será las conductas de dolor que presenten los pacientes [19][20].

En cuanto a la confiabilidad del instrumento se dio a traves del Alfa de Cronbach obtuviendose una puntuación de 0,911 ($\alpha > 0,6$) para los 16 items del instrumento.

E. Lugar y aplicación del instrumento

La aplicación del estudio se realizó en un centro hospitalario ubicado en Lima Norte. En primer lugar, se efectuaron las coordinaciones correspondientes con el jefe del servicio, a fin de obtener la autorización y las facilidades necesarias para llevar a cabo la investigación. Posteriormente, se coordinó el ingreso a los diferentes servicios del establecimiento hospitalario en los que se permitió desarrollar el estudio. Asimismo, se brindó a los participantes la información necesaria sobre el propósito de la investigación, los procedimientos a realizar y las condiciones de su participación. La recolección de la información se efectuó respetando la disponibilidad de los participantes y procurando no interferir con las actividades asistenciales propias del servicio.

La investigación se desarrolló considerando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Se respetó el principio de autonomía, garantizando la participación voluntaria de los participantes y proporcionándoles información clara sobre el estudio antes de su participación. El principio de beneficencia se consideró al procurar que los resultados contribuyan a generar conocimiento útil relacionado con el fenómeno estudiado. Asimismo, se aplicó el principio de no maleficencia, evitando procedimientos que pudieran ocasionar algún daño o riesgo innecesario a los participantes. Finalmente, el principio de justicia se garantizó mediante un trato equitativo, sin discriminación y ofreciendo las mismas condiciones de participación a quienes cumplieron con los criterios establecidos. Además, se protegió la confidencialidad de la información proporcionada y se utilizó exclusivamente con fines académicos y de investigación [21].

RESULTADOS

Tabla 1. Conductas asociadas al dolor crónico en adultos mayores atendidas en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2026.

	Nivel	Frecuencia	Porcentajes
Conductas asociadas al dolor crónico	Bajo	32	55,2%
	Medio	26	44,8%
	Total	58	100,0%

En la tabla 1, podemos observar que, el 55,2% de los participantes presentan conductas de dolor bajo y el 44,8% presentan conductas de dolor medio.

En la figura 1, se puede observar con respecto al momento de encuestar al paciente si presenta dolor, en donde, el 5% de los pacientes presentaron dolor en el momento de la encuesta y tenían conductas de dolor bajo y el 5% presentaron dolor en el momento de la encuesta y tenían conductas de dolor medio; en cuanto a los pacientes que no presentaron dolor al momento de ser encuestados, el 56,3% de los pacientes tenían conductas de dolor bajo y el 43,8% presentaban conductas de dolor medio.

En la figura 2, en cuanto a las conductas de dolor en relación a los transtornos que padece el paciente, en pacientes con cefaleas, el 52,6% tienen conductas de dolor baja y el

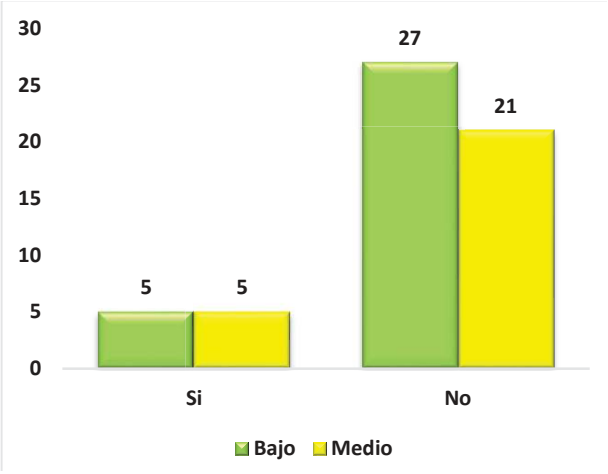


Figura 1. Conductas asociadas al dolor crónico en relación a la presencia de dolor al momento de ser encuestado en adultos mayores atendidas en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2026.

47,4% conductas de dolor medio; en pacientes con migraña, el 60% tienen conductas de dolor bajo y el 40% conducta de dolor medio; en pacientes con dolor muscular, el 53,3% presentan conductas de dolor bajo y el 46,7% conductas de dolor media; y en pacientes con dolor oseo, el 57,1% presentan conductas de dolor bajo y el 42,9% conductas de dolor medio.

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.

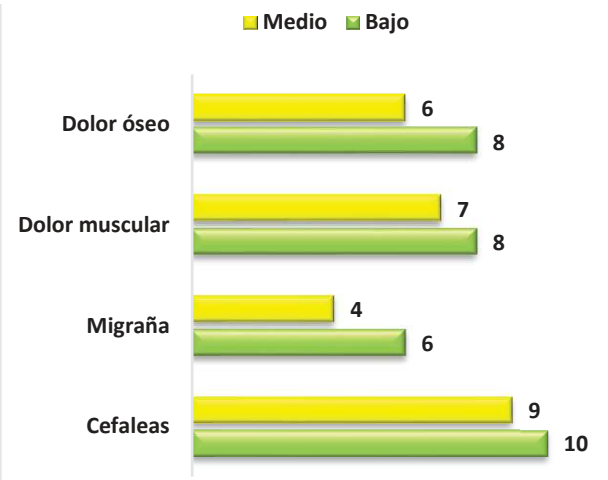


Figura 2. Conductas asociadas al dolor crónico en relación al tipo de transtorno en adultos mayores atendidas en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2026.

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