



**UNAP**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TESIS**

**INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN  
HOSPITAL PÚBLICO DE IQUITOS, 2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**MILAGROS IDROGO HERRERA**

**ASESORES:**

**Psic. JULISSA ARÉVALO JIBAJA, Mtra.**

**MC. HUGO MIGUEL RODRIGUEZ FERRUCCI, Mg.**

**IQUITOS, PERÚ**

**2025**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN



Facultad de Medicina Humana  
"Rafael Donayre Rojas"

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N°050 / CGT- FMH-UNAP-2025

En la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, departamento de Loreto, a los 12 días del mes de diciembre del 2025 a horas 12:00 m, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulado "INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE IQUITOS, 2025", aprobada la sustentación con Resolución Decanal N.º 653-2025-FMH-UNAP del bachiller Milagros Idrogo Herrera, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 585-2025-FMH-UNAP:

- |   |            |
|---|------------|
| • MC. Francisco Flores Echevarría, Mgtr. GSS.   | Presidente |
| • MC. Eddyn Flores Pezo                         | Miembro    |
| • MC. Renzo Ygor Paima Ríos                     | Miembro    |
| • MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgtr. SP. | Asesor     |
| • Ps. Julissa Arévalo Jibaja, Mtra.             | Asesora    |

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas:

..... *Satisfactoriamente* .....


El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:


La sustentación pública de la tesis ha sido *aprobada* ..... con la calificación de *18* .....

Estando el bachiller *apto* ..... para obtener título profesional de Médico Cirujano.


Siendo las *12:45PM* ..... se dio por terminado el acto académico.

  
MC. Francisco Flores Echevarría, Mgtr. GSS.  
Presidente

  
MC. Eddyn Flores Pezo  
Miembro

  
MC. Renzo Ygor Paima Ríos  
Miembro

  
MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgtr. SP.  
Asesor

  
Ps. Julissa Arévalo Jibaja, Mtra.  
Asesora

## MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y ASESORES

### MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y ASESOR



---

MC. Francisco Flores Echevarría, Mgter. GSS

Presidente



---

MC. Eddyn Flores Pezo

Miembro



---

MC. Renzo Ygor Paima Ríos

Miembro



---

Mc. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgter. SP.

Asesor



---

Ps. Julissa Arévalo Jibaja, Mtra.

Asesor

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

# MILAGROS IDROGO HERRERA

## FMH\_MH\_TESIS\_IDROGO HERRERA(2DA REV).pdf

📅 22-26 DIC

📅 22-26 DIC

🎓 Universidad Nacional De La Amazonia Peruana

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::20208:542895377

Fecha de entrega

23 dic 2025, 7:12 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

23 dic 2025, 12:27 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

FMH\_MH\_TESIS\_IDROGO HERRERA.pdf

Tamaño del archivo

407.5 KB

54 páginas

11.826 palabras

65.964 caracteres



Página 2 de 61 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid:::20208:542895377

## 11% Similitud general

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

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

### Fuentes principales

- 8% 🌐 Fuentes de Internet
- 3% 📄 Publicaciones
- 8% 👤 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

## DEDICATORIA

A **Román y Gloria**, mis amados padres, por su amor incondicional, su esfuerzo constante y su ejemplo de vida. Gracias por enseñarme el valor del trabajo, la perseverancia y la humildad. Cada logro que obtengo es reflejo de su sacrificio y de la fortaleza que me han transmitido.

A mi mami **Rosalía**, quien ha sido como una segunda madre. Gracias por tu presencia constante, tus palabras de aliento y tu apoyo incondicional durante toda mi etapa universitaria.

A **César, Miguel y Bertín**, mis queridos hermanos, por su compañía, apoyo y cariño sincero, que me alentaron a continuar aún en los momentos de mayor dificultad.

A mis ángeles en el cielo, mi abuelita **Minda**, mi adorada **Casia y Luna**, por su amor eterno y la luz que siguen brindando a mi vida. Su recuerdo vive en cada paso que doy y en cada meta alcanzada.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por la vida, la salud y la fortaleza que me ha concedido. Por acompañarme con su amor infinito y darme la luz necesaria para culminar esta etapa importante de mi vida.

A mis pacientes, por su confianza y disposición. Gracias por compartir sus historias, por su valentía y por recordarme que detrás de cada diagnóstico hay una persona que enseña, inspira y da sentido a mi vocación. Este trabajo es también un homenaje a su esfuerzo y esperanza.

A mis asesores, el Dr. Hugo Rodríguez Ferrucci y la Psic. Julissa Árevalo Jibaja, por su guía constante, su exigencia profesional y su apoyo humano. Gracias por orientarme con paciencia y sabiduría, por creer en mi capacidad y por acompañarme con compromiso y generosidad en este proceso de investigación.

A mis docentes de la facultad, por su entrega y dedicación. Cada enseñanza y cada consejo han sido esenciales en mi crecimiento académico y personal.

Al Hospital Regional de Loreto, mi sede de aprendizaje y formación práctica, donde consolidé mis conocimientos y reafirmé mi vocación de servicio. Gracias por ser el lugar donde aprendí no solo sobre salud, sino también sobre empatía, humanidad y compromiso social.

A todas las personas que, de una u otra manera, fueron parte de este camino, a quienes me acompañaron, alentaron o simplemente creyeron en mí, gracias de corazón. Este logro no solo es mío, sino de todos quienes me sostuvieron durante este proceso.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	i
<b>ACTA DE SUSTENTACIÓN</b>	ii
<b>MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y ASESORES</b>	iii
<b>RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD</b>	iv
<b>DEDICATORIA</b>	v
<b>AGRADECIMIENTO</b>	vi
<b>ÍNDICE</b>	vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	ix
<b>RESUMEN</b>	xi
<b>ABSTRACT</b>	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	7
<b>1.1. Antecedentes</b>	7
<b>1.2. Bases teóricas</b>	13
<b>1.3. Definición de términos básicos</b>	18
<b>CAPÍTULO II: HIPOTESIS Y VARIABLES</b>	19
<b>2.1. Formulación de la hipótesis</b>	19
<b>2.2 Operacionalización de variables</b>	19
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	23
<b>3.1. Diseño metodológico</b>	23
<b>3.2. Diseño muestral</b>	23
<b>3.2.1. Unidad de estudio</b>	23
<b>3.2.2. Universo</b>	23
<b>3.2.3. Población</b>	24
<b>3.2.4. Muestra de estudio</b>	24
<b>3.2.5. Muestreo</b>	24
<b>3.2.6. Criterios de selección</b>	25
<b>3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b>	25
<b>3.4. Procesamiento de datos</b>	32
<b>3.5. Aspectos éticos</b>	32
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b>	33
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN</b>	45
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES</b>	49
<b>CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES</b>	50
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	51

<b>ANEXOS</b>	56
<b>A) Instrumentos</b>	56
<b>B) Consentimiento informado</b>	59
<b>C) Matriz de consistencia</b>	61

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de variables	21
<b>Tabla 2.</b> Escalas o tipologías de personalidad del IA-TP con sus rasgos más marcados.	29
<b>Tabla 3.</b> Características sociodemográficas de los pacientes con DM2. HRL, 2025 (N = 336).	33
<b>Tabla 4.</b> Características clínicas/antropométricas. HRL, 2025.	34
<b>Tabla 5.</b> Niveles de adherencia al tratamiento (MMAS-8). HRL, 2025.	35
<b>Tabla 6.</b> Distribución de pacientes según tipo de rasgos de personalidad. HRL, 2025.	35
<b>Tabla 7.</b> Distribución de los clústeres de personalidad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital Regional de Loreto – 2025.	36
<b>Tabla 8.</b> Asociación entre características sociodemográficas y niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con DM 2. HRL, 2025 (N = 336).	37
<b>Tabla 9.</b> Adherencia al tratamiento según variables clínicas/antropométricas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).	38
<b>Tabla 10.</b> Asociación entre tipo de rasgo de personalidad y niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).	40

<p><b>Tabla 11.</b> Asociación y modelo de regresión logística binaria entre clúster de personalidad y niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).</p>	<p>41</p>
<p><b>TABLA 12:</b> Regresión logística binaria de la adherencia (0=Baja; 1=Moderada/Alta) con variables sociodemográficas y clínicas. HRL, 2025 (N=336).</p>	<p>42</p>
<p><b>TABLA 13.</b> Modelo de regresión logística binaria multivariada entre variables sociodemográficas, clúster y dominios de personalidad con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).</p>	<p>43</p>

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la relación entre los rasgos de personalidad y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) atendidos en el Hospital Regional de Loreto, 2025.

**Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico de tipo correlacional y diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 336 pacientes con diagnóstico de DM2. Se utilizaron dos instrumentos (Inventario de Autoevaluación de la Personalidad (IATP) y la Escala de Morisky–Green) y una ficha sociodemográfica. Los datos fueron procesados en SPSS v26 mediante pruebas de chi-cuadrado y regresión logística binaria y multivariada, considerando  $p < 0,05$  como nivel de significancia.

**Resultados:** El 76,8 % de los participantes presentaron baja adherencia terapéutica. Los rasgos de personalidad más frecuentes fueron el respetuoso–compulsivo (26,8 %) y el cooperativo–dependiente (16,4 %), ambos asociados significativamente con mejor adherencia ( $p = 0,033$  y  $0,048$ ; OR = 0,11 y 0,12; IC95 %: 0,01–0,84 y 0,01–0,98). En el modelo multivariado, la baja adherencia se comprometió con el estado civil ( $p = 0,002$ ; OR = 2,57; IC95 %: 1,43–4,63) y con los niveles educativos primario y secundario ( $p = 0,005$ – $0,008$ ; OR = 3,55–4,42). El Clúster C mostró un efecto protector significativo ( $p = 0,012$ ; OR = 0,37; IC95 %: 0,17–0,80). **Conclusión:** La adherencia al tratamiento en pacientes con DM 2 estuvo influenciada por factores sociodemográficos y psicológicos, especialmente por los rasgos compulsivo y dependiente.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus Tipo 2, adherencia al tratamiento, rasgos de personalidad, factores psicosociales, Hospital Regional de Loreto.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the relationship between personality traits and treatment adherence in patients with Type 2 Diabetes Mellitus treated at the Regional Hospital of Loreto, 2025.

**Methods:** A quantitative, correlational, and non-experimental study was conducted with a sample of 336 patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus. Two instruments were applied (the Personality Self-Assessment Inventory (IATP) and the Morisky–Green Adherence Scale), as well as a sociodemographic questionnaire. Data were processed using SPSS v26 through chi-square tests and binary and multivariate logistic regression, considering  $p < 0.05$  as the significance level.

**Results:** 76.8% of participants exhibited low treatment adherence. The most frequent personality traits were respectful-compulsive (26.8%) and cooperative-dependent (16.4%), both significantly associated with better adherence ( $p = 0.033$  and  $0.048$ ; OR = 0.11 and 0.12; 95% CI: 0.01–0.84 and 0.01–0.98). In the multivariate model, low adherence was associated with marital status ( $p = 0.002$ ; OR = 2.57; 95% CI: 1.43–4.63) and with primary and secondary education levels ( $p = 0.005$ – $0.008$ ; OR = 3.55–4.42). Cluster C showed a significant protective effect ( $p = 0.012$ ; OR = 0.37; 95% CI: 0.17–0.80).

**Conclusion:** Treatment adherence in patients with Type 2 Diabetes Mellitus was influenced by sociodemographic and psychological factors, particularly compulsive and dependent personality traits.

**Keywords:** Type 2 Diabetes Mellitus; treatment adherence; personality traits; psychosocial factors; Regional Hospital of Loreto.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia de diabetes tipo 2 (DM2) ha aumentado de manera significativa durante las últimas décadas, convirtiéndose en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global (1). En América Latina, esta problemática se ve agravada por factores como la urbanización acelerada, el sedentarismo y el consumo de dietas poco saludables, causando paulatinamente un incremento significativo en el número de casos; el Perú no es ajeno a esta realidad: según datos del Ministerio de Salud (MINSA), la DM2 constituye una de las enfermedades crónicas más frecuentes en el país y representa un desafío importante para el sistema de salud, tanto por las complicaciones que genera como por los elevados costos de atención que demanda (2).

La baja adherencia al tratamiento es un problema frecuente en las personas con DM2, afectando a cerca del 39,7% de quienes reciben insulina y al 59,3% de los que no la utilizan; además, la adherencia disminuye progresivamente con el tiempo, pasando del 81,1% en el mes 12 al 73,6% en el mes 36 de seguimiento, lo que dificulta el control metabólico (3). Entre los factores que influyen en esta problemática destacan la complejidad del tratamiento, los rasgos de personalidad y las barreras socioeconómicas, los cuales afectan la adherencia y aumentan el riesgo de complicaciones microvasculares y macrovasculares; esta situación no solo eleva los costos de atención sanitaria, sino que también deteriora la calidad de vida, por lo que resulta fundamental implementar estrategias efectivas como la simplificación de los tratamientos y

el apoyo psicosocial para mejorar tanto la adherencia como los desenlaces clínicos (3).

En este contexto el apoyo familiar, la autoeficacia percibida y la motivación personal son esenciales para un mejor control glicémico. Mientras que ciertos rasgos de personalidad y el aislamiento social se relacionan con menor adherencia al tratamiento (4). En particular, los patrones rígidos de pensamiento y comportamiento característicos de ciertos rasgos de personalidad pueden dificultar la adopción de rutinas saludables, la gestión adecuada de la enfermedad y la relación con el equipo de salud. Resaltan también el rol del entorno social y la motivación interna para lograr cambios conductuales duraderos relacionados a la adherencia del tratamiento (5). Asimismo, la inclusión de factores de salud mental en la evaluación clínica no solo ayuda a mejorar la precisión diagnóstica, sino que permite identificar de manera oportuna problemas psicológicos que podrían interferir con el tratamiento (6).

Reconocer a tiempo estas condiciones es fundamental, especialmente porque los rasgos de personalidad, en perfiles subcontrolados y sobrecontrolados, afecta significativamente la adherencia al tratamiento de la DM2; rasgos como la impulsividad, la afectividad negativa y la desconfianza hacia el tratamiento dificultan la autogestión y la adopción de hábitos saludables, comprometiendo el control glicémico e incrementando el riesgo de complicaciones y hospitalizaciones. (7). Por lo cual, la identificación temprana de estos patrones y la integración de evaluaciones de salud mental, junto con intervenciones

psicoterapéuticas y farmacológicas personalizadas, son fundamentales para optimizar la adherencia y mejorar los resultados clínicos; en este sentido, el estudio de Reach (2022) describió una tipología denominada Unsafe/Safe, donde los pacientes clasificados como Unsafe presentaban rasgos de personalidad pesimistas, deterioro en la calidad de vida y baja adherencia al tratamiento, lo que los hacía más propensos a desarrollar complicaciones (8).

En el contexto local, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de la Gerencia Regional de Salud (Geresa) Loreto reporta un aumento sostenido de la DM2 en los últimos años, consolidándose como una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la población (9). Ante esta situación, resulta necesario evaluar la influencia de los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 que son atendidos en el Hospital Regional de Loreto (HRL), con el fin de generar evidencia científica que oriente estrategias de intervención adaptadas a las características psicosociales de esta población.

## **Formulación del problema:**

¿Cuál es la influencia de los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital público de Iquitos en el año 2025?

## **Objetivos:**

### **Objetivo general:**

- Determinar la influencia de los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital público de Iquitos, 2025.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar los rasgos de personalidad presentes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital público de Iquitos, 2025.
- Analizar el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital público de Iquitos, 2025.
- Examinar la relación entre los rasgos de personalidad y la adherencia al tratamiento en los pacientes de un hospital público de Iquitos, 2025.
- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital público de Iquitos, 2025.

**Justificación e importancia:**

La relevancia del presente estudio radica en analizar cómo determinados rasgos de personalidad influyen en el compromiso terapéutico que manifiestan los pacientes diagnosticados con DM2 ; diversos estudios muestran que la adherencia terapéutica, tanto farmacológica como no farmacológica, es alarmantemente baja , con porcentajes que varían entre el 10% y el 75% , lo que sugiere que las diferencias en los resultados pueden deberse al contexto poblacional y al enfoque metodológico de cada investigación (10). Asimismo, se ha evidenciado que los rasgos de personalidad como el neuroticismo y la amabilidad tienen un impacto significativo en el cumplimiento terapéutico: mientras el neuroticismo tiende a reducir la adherencia, la amabilidad parece favorecerla (11).

Los hallazgos de este estudio permitirán identificar oportunamente a los pacientes con riesgo de baja adherencia, facilitando el diseño de intervenciones personalizadas que optimizan el cumplimiento terapéutico y el control metabólico, reduciendo complicaciones y costos. Asimismo, aportarán evidencia útil para fortalecer las políticas públicas y los programas de salud mental y control de enfermedades crónicas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes con DM2 en la región.

**Viabilidad:**

La investigación es viable debido a que el HRL cuenta con un flujo constante de pacientes con DM2, lo que garantiza una población accesible. Asimismo, existen registros clínicos suficientes para identificar y convocar a los participantes, lo que facilita la organización del estudio. El desarrollo metodológico contempla la aplicación de instrumentos psicológicos validados (para medir rasgos de

personalidad y adherencia) y la recopilación de datos clínicos y sociodemográficos, sin requerir procedimientos invasivos ni tecnologías complejas. Además, el proyecto cuenta con la colaboración de un asesor psicólogo y el respaldo institucional. Finalmente, el impacto potencial de los resultados en la mejora del control metabólico de la DM2 y la salud mental de los pacientes garantiza el interés y la disposición de las autoridades del hospital para la ejecución del proyecto.

El proyecto será autosustentado, cubriendo costos mínimos de movilidad, impresiones y papelería, por lo que no depende de fondos externos y es sostenible durante toda su ejecución.

#### **Limitaciones:**

El presente estudio podría enfrentar determinadas limitaciones, entre las cuales se destacan las historias clínicas con información incompleta o los registros que carezcan de una adecuada documentación. Además, podría haber dificultades para obtener la colaboración de algunos pacientes para su participación en las entrevistas. Es por esto que hemos optado por utilizar un instrumento práctico y de corta duración, con el fin de minimizar cualquier posible obstáculo en la recolección de datos.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1. Antecedentes

En 2024, en México, se realizó un estudio de tipo transversal con diseño analítico, que incluyó a 84 participantes con DM2. La investigación, determinó que la amabilidad presentó la mayor correlación con hábitos alimenticios saludables ( $r_s = 0.395$ ,  $p = 0.000$ ), seguida de la responsabilidad ( $r_s = 0.286$ ,  $p = 0.008$ ), mientras que el neuroticismo mostró una correlación negativa ( $r_s = -0.246$ ,  $p = 0.024$ ). El análisis de regresión reveló que solo la amabilidad explicó significativamente el 15 % de la varianza ( $F = 16.167$ ,  $p < 0.01$ ), concluyéndose que este rasgo constituye el predictor más relevante de conductas alimentarias saludables en población mexicana con DM2, superando a otros rasgos de personalidad (12).

En 2023, en China, se realizó un estudio de tipo transversal y diseño analítico, que incluyó a 240 participantes diagnosticados con DM2. La investigación determinó que el neuroticismo se asociaba negativamente con el autocuidado ( $r = -0.575$ ,  $p < 0.01$ ;  $\beta = -0.434$ , IC95% [-0.544, -0.323]), mientras que la responsabilidad ( $r = 0.541$ ,  $p < 0.01$ ;  $\beta = 0.359$ , IC95% [0.227, 0.491]) y la extroversión ( $r = 0.281$ ,  $p < 0.01$ ) mostraron correlaciones positivas. El estudio concluyó que implementar intervenciones para mejorar la gratificación diferida, adaptadas a los perfiles de personalidad de los pacientes, podría optimizar el manejo de la diabetes en este grupo (13).

En 2023, en Grecia, se realizó una investigación de tipo revisión sistemática y metaanálisis, que incluyó 23 estudios con 8,378 participantes con DM2. La

investigación determinó que los rasgos de apertura, escrupulosidad y amabilidad se asociaron con mejores prácticas de autocuidado, como cuidado de los pies (OR = 2.53; IC 95%: 1.49-4.28), reducción del tabaquismo (OR = 0.96; IC 95%: 0.93-0.99) y adherencia a la medicación (OR = 1.68; IC 95%: 1.34-2.31). En contraste, extroversión y neuroticismo se vincularon con menor adherencia (OR = 0.77; IC 95%: 0.61-0.96 y OR = 0.51; IC 95%: 0.40-0.65). El trabajo concluyó que la personalidad influye en el autocuidado de los pacientes con DM2, destacando la necesidad de estrategias personalizadas para mejorar la adherencia al tratamiento (14).

En 2023, Tailandia, se realizó un estudio de tipo transversal y diseño analítico, que incluyó a 106 pacientes con DM2. El estudio determinó que el 39.6% de los participantes se ausentaba regularmente a sus citas médicas. Los adultos de mediana edad (36-64 años) presentaron una mayor asociación con faltas ocasionales (OR = 0.176,  $p = 0.013$ ), y un nivel moderado del rasgo de amabilidad se correlacionó significativamente con una mayor inasistencia ( $p = 0.042$ ). El estudio concluyó que la amabilidad influye en la adherencia médica, recomendando intervenciones personalizadas en atención primaria (15).

En 2022, en Hungría, se realizó un estudio analítico y de revisión narrativa sobre la relación entre adherencia terapéutica y rasgos de personalidad en enfermedades crónicas. La investigación determinó que el neuroticismo reducía la adherencia, mientras que la conciencia y la amabilidad la aumentaban (OR = 1.45; IC 95%: 1.20-1.75;  $p < 0.001$ ). Además, los temperamentos ciclotímico e irritable mostraron menor adherencia ( $p = 0.02$ )

por su alta reactividad emocional. El trabajo concluyó que los rasgos de personalidad son clave para diseñar intervenciones personalizadas que mejoren la adherencia terapéutica (11).

En 2022, en España, se realizó un estudio de tipo analítico y diseño longitudinal con 447 participantes (139 pacientes con DM2 y 308 controles sin DM2) que analizó la relación entre rasgos impulsivos (UPPS-P) y adherencia terapéutica. La investigación determinó que los pacientes con DM2 presentaron mayores puntuaciones totales de impulsividad ( $p = 0.028$  en urgencia positiva) y menor capacidad de perseverancia en comparación con los controles, según la Escala de Conducta Impulsiva (UPPS-P). Tras 3 años de intervención, la falta de perseverancia predijo mayor IMC ( $\beta = 0.160$ ,  $p = 0.048$ ), y la búsqueda de sensaciones se vinculó con menor pérdida de peso ( $\beta = -0.259$ ,  $p = 0.002$ ). El estudio concluyó que los rasgos de impulsividad, especialmente la urgencia positiva y la falta de perseverancia, están asociados con la DM2 y afectan el control del peso a largo plazo, pero no el control glucémico (16).

En 2022, en Oaxaca, México, se realizó un estudio analítico de diseño transversal, que incluyó a 197 pacientes con DM2. La investigación determinó que los rasgos de responsabilidad ( $r=0.283$ ,  $P<0.01$ ) y apertura ( $r=0.259$ ,  $P<0.01$ ) se correlacionaron positivamente con el autocuidado, mientras que el neuroticismo mostró una correlación negativa ( $r=-0.144$ ,  $P<0.05$ ); el análisis de regresión reveló que responsabilidad ( $\beta=0.273$ ,  $P=0.025$ ) y apertura ( $\beta=0.141$ ,  $P=0.006$ ) explicaron el 19% de la varianza en autocuidado ( $R^2=0.19$ ),

concluyendo que estos rasgos de personalidad están asociados al autocuidado independientemente de variables como IMC o tiempo de diagnóstico (17).

En 2022, en Varanasi, India, se realizó un estudio de tipo analítico y diseño transversal con 70 participantes, divididos en 40 pacientes con DM2 (20 obesos y 20 con peso normal) y 30 controles sanos. La investigación determinó que los pacientes con DM2, independientemente del IMC, presentaron mayor neuroticismo ( $P = 0.01$  y  $P = 0.02$ ) y menor apertura a la experiencia ( $P = 0.035$ ) en comparación con los controles, según el inventario NEO-FFI. El trabajo concluyó que los rasgos de neuroticismo y apertura están asociados con la DM2, sin depender del peso corporal (18).

En 2021, en España, se realizó un estudio observacional y comparativo de tipo transversal con 294 participantes (104 con DM1 y 190 controles) para analizar la relación entre los prototipos de personalidad de Asendorpf (resiliente, sobrecontrolado e infracontrolado) y la adherencia al tratamiento. La investigación determinó que los resilientes percibían mayor adherencia ( $p = 0.033$ ), pero cometían más errores al estimarla, reflejándose en niveles más altos de HbA1c ( $7.26\% \pm 1.16$ ;  $p = 0.012$ ). En contraste, los sobrecontrolados presentaron menor discrepancia entre adherencia real y percibida, con mejores niveles de HbA1c ( $6.68\% \pm 1.63$ ;  $p = 0.009$ ), pero más problemas emocionales. El trabajo concluyó que los rasgos de personalidad influyen en la adherencia al tratamiento y el bienestar psicológico (19).

En 2021, en Ardabil, Irán, se realizó un estudio descriptivo-correlacional con 160 pacientes con DM2 atendidos en la clínica de diabetes del Centro Educativo y Médico Imam Khomeini. La investigación determinó que los trastorno esquizoide, evitativo, depresivo y dependiente se asociaron con menor autocuidado ( $p < 0.001 - 0.003$ ), mientras que el trastorno obsesivo mostró una relación positiva ( $r = 0.415$ ;  $p < 0.001$ ), indicando mayor adherencia. El trabajo concluyó que los rasgos de personalidad influyen significativamente en el autocuidado de los pacientes con DM2 (20).

En 2021, en Japón, se realizó un estudio de tipo observacional y prospectivo de diseño longitudinal, que incluyó a 117 pacientes hospitalizados con DM2 no controlada ( $HbA1c \geq 7,5\%$ ) para evaluar la relación entre los rasgos de personalidad y el control glucémico tras recibir educación sobre diabetes. La investigación determinó que el neuroticismo se asoció con una mayor reducción de HbA1c a los 3 y 6 meses ( $\beta = -0.192$ ;  $p = 0.025$  y  $\beta = -0.164$ ;  $p = 0.043$ ), sugiriendo que este rasgo favorece el control glucémico a largo plazo. El trabajo concluyó que los rasgos de personalidad, especialmente el neuroticismo, puede influir en la efectividad del tratamiento (21).

En 2019, en Irán, se realizó un estudio de tipo analítico y diseño transversal con 495 pacientes con DM2 y trastornos psiquiátricos o neurológicos. Se encontró que el neuroticismo afectó negativamente la adherencia a la medicación (AM), especialmente en mujeres ( $\beta = -0.23$ ,  $p < 0.001$ ), mientras que la extroversión y la amabilidad la favorecieron ( $\beta = 0.18$ ,  $p = 0.02$  y  $\beta = 0.18$ ,  $p = 0.001$ ). En cuanto a las conductas de autocuidado (SCB), el

neuroticismo tuvo un efecto adverso ( $\beta = -0.15$ ,  $p = 0.01$ ) y la extroversión, uno positivo ( $\beta = 0.13$ ,  $p = 0.03$ ). El estudio concluyó que los rasgos de personalidad influyen en la adherencia y el autocuidado, siendo clave considerarlos en estrategias de intervención (22).

## 1.2. Bases teóricas

### Personalidad y Rasgos de la Personalidad.

- **Concepto de Personalidad:** La personalidad es una estructura dinámica de características psicológicas que influyen de manera estable en los patrones de pensamiento, emociones y conductas de una persona. El proceso de su desarrollo se origina a partir de la interrelación entre factores biológicos, experiencias particulares y el entorno social, abarcando todo el ciclo vital (23).

Desde un enfoque clínico, el autoconocimiento de los rasgos personales facilita la regulación emocional y la adaptación al entorno, lo cual está estrechamente relacionado con un mayor bienestar psicológico. La psicología de la personalidad ha intentado explicar y categorizar estos patrones mediante diversas teorías y enfoques (23).

- **Rasgos de la Personalidad:** Constituyen rasgos persistentes que modulan la percepción y la respuesta conductual ante diversos contextos. A lo largo del tiempo, diversas teorías han buscado definir y clasificar estos rasgos con el objetivo de comprender mejor la naturaleza humana y su impacto en el comportamiento (23).

**Modelo de los Cinco Grandes Rasgos (Big Five):** Este marco conceptual identifica cinco dimensiones básicas (23):

- **Apertura a la experiencia:** Hace referencia a la inclinación de una persona hacia la imaginación, la curiosidad y la disposición para explorar ideas y vivencias nuevas. Los individuos con un nivel elevado de apertura tienden a mostrar creatividad y flexibilidad, mientras que quienes presentan un nivel bajo suelen inclinarse por la previsibilidad y entornos estructurados.

- Responsabilidad (Conciencia): Hace referencia al grado de organización, autodisciplina y control de impulsos. Individuos con alta responsabilidad tienden a ser meticulosos, confiables y orientados a sus objetivos, mientras que los de baja responsabilidad pueden ser más impulsivos y desorganizados.
- Extraversión: Representa el grado en que un individuo busca la interacción social, experimenta energía y se siente atraído por estímulos externos. Las personas extrovertidas tienden a ser enérgicas, sociables y disfrutan de las relaciones interpersonales, mientras que las introvertidas prefieren la tranquilidad y suelen sentirse más cómodas en actividades solitarias.
- Amabilidad: Se refiere a la disposición de las personas a ser comprensivas, colaborativas y preocupadas por el bienestar de los demás. Aquellos con altos niveles de amabilidad tienden a ser empáticos y altruistas, mientras que quienes tienen bajos niveles de esta característica suelen presentar actitudes más competitivas o distantes.
- Neuroticismo: Hace referencia a la tendencia de los individuos a experimentar emociones negativas, tales como ansiedad, tristeza o frustración. Aquellos con un nivel elevado de neuroticismo suelen ser más susceptibles al estrés, mientras que aquellos con niveles bajos tienden a mantener una mayor estabilidad emocional y una capacidad más fuerte para enfrentarse a situaciones adversas.

## Clúster de personalidad

Los trastornos de personalidad se agrupan en tres clústeres de acuerdo con la clasificación propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Esta organización permite identificar patrones clínicos comunes y facilitar la comprensión de los estilos de funcionamiento interpersonal, emocional y conductual en los individuos (24).

- **Clúster A (Excéntrico/Distante):** incluye trastornos caracterizados por patrones de pensamiento y conducta extrañas o poco convencionales, tales como el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- **Clúster B (Emocional/Dramático):** grupo trastornos con patrones marcados de impulsividad, emocionalidad inestable y conductas dramáticas, como el trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista.
- **Clúster C (Ansioso/Temeroso):** comprende trastornos caracterizados por inhibición social, dependencia y preocupación excesiva, como los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

En el presente estudio, los rasgos de personalidad fueron evaluados mediante el Inventario de Adjetivos para la Evaluación de los Trastornos de Personalidad (IA-TP), instrumento que clasifica a los individuos en nueve tipologías de personalidad. Estas tipologías son compatibles con la estructura del DSM-5 y permiten agrupar los resultados dentro de los tres clústeres mencionados, lo que posibilita un análisis integrado entre rasgos de personalidad y adherencia terapéutica.

El uso de instrumentos psicométricos para evaluar los rasgos de personalidad es esencial para analizar su influencia en el cumplimiento del tratamiento en individuos con enfermedades crónicas.

## **Adherencia terapéutica.**

La adherencia terapéutica se refiere al comportamiento del paciente en lo que respecta a la toma de medicación. Es un aspecto dinámico que puede estar influenciado por diversos factores. Por lo general, se suele expresar de dos maneras: “existe adherencia” o “no existe adherencia”, o también hay un porcentaje que indica el nivel de ejecución efectiva al momento de ingerir un fármaco prescrito durante un período específico, que puede variar desde el 0% (ninguna toma) hasta más del 100% (toma excesiva). Es fundamental tener un conocimiento preciso del grado de adherencia terapéutica del paciente, ya que esto resulta crucial al momento de evaluar la efectividad y la certeza de que es un tratamiento farmacológico seguro. Si el hecho de ser adherente es menor de lo deseado y no se alcanzan los objetivos clínicos, puede ser necesario ajustar o cambiar el tratamiento recetado. Por esta razón, es fundamental que los profesionales de la salud cuenten con instrumentos para evaluar si es adherente la prescripción del fármaco y tomar elecciones informadas sobre las mediaciones propicias para los pacientes. Dado que la terapéutica adherente es un resultado que podría cambiar con el tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente. Esto facilita la posibilidad de adaptar las estrategias de tratamiento y brindar un enfoque más individualizado con el fin de conseguir mejoras en lo relacionado a lo adherente, lo que, al final repercute positivamente en los estudios clínicos (25).

Para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, los métodos que se utilizan se seccionan en dos categorías: métodos directos y métodos indirectos:

**Métodos directos:**

Por lo general, implican mediciones en el contenido de un fármaco, los metabolitos o muestras como sangre u orina. Estos métodos no están disponibles para todos los medicamentos. Algunos marcadores biológicos que se utilizan para evaluar la adherencia incluyen la hemoglobina glicosilada, la razón normalizada internacional (INR), el ácido úrico, etc. Dentro de estos, se encuentra, además, la terapia directamente observada, que puede efectuarse por medio de la supervisión de profesionales de la salud, asistentes sociales, familiares o inclusive personas que tienen la misma condición médica (25).

**Métodos indirectos:**

Se incluye la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a través de la entrevista o a través del uso de cuestionarios validados (son las formas más comúnmente empleadas), el registro de los fármacos dosificados, el uso de la tecnología con instrumentos electrónicos, etc. Estas estrategias destacan por su simplicidad, su facilidad de aplicación en la práctica clínica cotidiana tanto en consultas médicas y de enfermería como en farmacias comunitarias y hospitalarias y por implicar un menor costo en comparación con los métodos directos, a excepción de los dispositivos electrónicos (25).

**Metodologías que se basan en entrevistar al paciente:** Los métodos de autoinforme son los más básicos y sencillos para evaluar la adherencia terapéutica. Implican cuestionar de manera directa a la persona acerca de su opinión sobre el tratamiento farmacológico adherente, como la medicación que tiende a olvidar, ingerir en el tiempo determinado y cuántas veces no continúa la indicación. Además, se puede investigar sobre el saber que tiene el paciente acerca de su

medicación, por ejemplo, cómo se llama el fármaco recetado, la dosis y su prescripción. En esta categoría, se incluye el uso de preguntas diseñadas para obtener información sobre la adherencia autorreportada por el propio paciente (25).

Entre los ejemplos de herramientas utilizadas para evaluar la adherencia al tratamiento se encuentran los siguientes cuestionarios:

**Cuestionario de Morisky Green:** Es el test más expuesto y usado en el ámbito médico clínico e investigativo. La versión inicial se realiza con cuatro preguntas y con respuestas dicotómicas (sí o no); y valora la limitación de una de una terapéutica adherente. Existe una versión novicia de este cuestionario que contiene ocho cuestiones y estuvo efectivizada en base a las preguntas de la versión inicial. Las cuatro preguntas en adición se refieren a la conducta relativa de la ingesta de medicamentos, en especial a la no utilización (26).

### 1.3. Definición de términos básicos

**Rasgos de la personalidad:** Es una característica o cualidad relativamente estable que distingue a una persona de otra. Los rasgos forman parte de la personalidad y se expresan a través de patrones estables de pensamiento, emoción y conducta. Son elementos que permiten describir y comprender las diferencias individuales. (22).

**Adherencia:** Es magnitud de la actitud que una persona tiene ante la indicación médica, en relación muchas veces a la continuación de un hábito alimenticio o de vida y su coherencia frente a lo indicado por profesional sanitario (25).

**Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):** Corresponde a enfermedades metabólicas relacionados a los carbohidratos y tienen relación con las glicemias altas (1).

## **CAPÍTULO II: HIPOTESIS Y VARIABLES**

### **2.1. Formulación de la hipótesis**

- Hipótesis alterna (H1): Los rasgos de personalidad influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Loreto, 2025.
- Hipótesis nula (H0): Los rasgos de personalidad no influyen significativamente en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Loreto, 2025.

### **2.2 Operacionalización de variables**

#### **a. Variable dependiente:**

- Adherencia al tratamiento

#### **b. Variable independiente:**

- Rasgos de personalidad.

##### **b.1. Covariables:**

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Grado de instrucción.
- Estado Civil.
- Autonomía económica.
- Características clínicas:

- Tiempo de Enfermedad con DM2.
- Índice de Masa Corporal (IMC).
- Comorbilidades:
  - ERC.
  - HTA.

**Tabla 1. Matriz de Variables y sus Operalizaciones**

VARIABLE	CONCEPTO	NATURALEZA	INDICADORES	TIPO DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	MÉTODO DE VERIFICACIÓN.
<b>EDAD (Años cumplidos)</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta, medido en años.	Cuantitativa discreta	Edad en años	Razón	Edad en años	Ficha de recolección de datos.
<b>SEXO</b>	Conjunto de características biológicas, genéticas y anatómicas que distinguen a los organismos en femenino y masculino	Cualitativa	Sexo	Nominal	Masculino Femenino	Ficha de recolección de datos.
<b>PROCEDENCIA</b>	Ubicación geográfica de donde procede el sujeto.	Cualitativa	Procedencia	Nominal	Iquitos Punchana Belén San Juan	Ficha de recolección de datos.
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Nivel de formación obtenido como resultado de la instrucción en un programa educativo formal.	Cualitativa	Nivel de educación	Ordinal	Analfabeto. Primaria. Secundaria. Superior.	Ficha de recolección de datos.
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición que indica si una persona vive o no con un cónyuge, determinada por matrimonio civil, religioso o unión consensual.	Cualitativa	Estado civil	Nominal	Soltero. Casado. Divorciado. Viudo Conviviente	Ficha de recolección de datos.
<b>AUTONOMÍA ECONÓMICA</b>	Condición que indica si la persona genera ingresos propios o depende económicamente de otra persona o institución para cubrir sus necesidades básicas.	Cualitativa	Autonomía económica	Nominal	Dependiente. Independiente.	Ficha de recolección de datos.
<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD CON DM2</b>	Son un conjunto de aspectos que se relacionan directamente con la enfermedad del paciente.	Cuantitativa continua.	Tiempo de enfermedad con DM2	Razón.	Tiempo en meses y años.	Ficha de recolección de datos.
<b>INDICE DE MASA CORPORAL</b>	Medida que relaciona el peso y la estatura para identificar si una persona tiene bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad.	Cuantitativa continua.	IMC	Razón	Kg/m <sup>2</sup>	Ficha de recolección de datos.

<b>COMORBILIDADES</b>	Son enfermedades o condiciones adicionales que ocurren junto a una enfermedad principal, y pueden influir en su evolución o tratamiento.	Cualitativo.	Comorbilidades	Nominal	Si: -HTA -ERC - Otros. No	Ficha de recolección de datos.
<b>INVENTARIO DE ADJETIVOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (IA-TP):</b>	Conjunto de ítems que sirven para determinar los rasgos de personalidad.	cualitativa	Trastornos de personalidad	Nominal	146 ítems	Encuesta
<b>TEST DE MORISKY-GREEN DE OCHO ELEMENTOS.</b>	Conjunto de preguntas que sirven para medir la adherencia al tratamiento de Diabetes mellitus 2.	Cualitativa	Adherencia al tratamiento	Nominal	Sí No.	Encuesta.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño metodológico**

El enfoque del presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal, correlacional y no experimental.

El diseño transversal se caracteriza por recopilar información en un único momento o durante un periodo breve, permitiendo examinar la relación entre variables en una situación específica, sin necesidad de realizar un seguimiento prolongado. A su vez, al tratarse de un estudio no experimental, no se interviene directamente sobre las variables independientes, sino que se observan tal como se presentan en el entorno real. La metodología cuantitativa facilita la recolección y el análisis de datos numéricos, lo que permite identificar posibles vínculos entre los rasgos de personalidad y la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2. Al centrarse en determinar el grado de asociación entre estas variables sin pretender establecer relaciones causales, el estudio adopta un diseño de tipo correlacional.

### **3.2. Diseño muestral**

#### **3.2.1. Unidad de estudio**

Paciente en tratamiento para DM2 en el HRL durante los meses de Mayo a Agosto del 2025.

#### **3.2.2. Universo**

La totalidad de los pacientes diagnosticados con DM2 que acuden al HRL durante los meses de Mayo a Agosto del 2025.

### 3.2.3. Población

Estará conformada por todos los pacientes con diagnóstico de DM2 atendidos en el HRL en el año 2025. Según datos del Servicio de Estadística del HRL, durante el año 2024 se atendieron aproximadamente **2647 pacientes con DM2**, lo que se considera como el tamaño de la población (N).

### 3.2.4. Muestra de estudio

El tamaño de la muestra se calculó con el software OpenEpi, tomando como población de referencia a los 2 647 pacientes atendidos con diagnóstico de DM2 durante el año anterior en el HRL. Dicha cifra sirvió como base poblacional para estimar el tamaño muestral representativo del presente estudio. Para el cálculo, se demostró un nivel de confianza del 95%, equivalente a un valor de alfa ( $\alpha$ ) de 0.05 , lo que implica una probabilidad del 5% de cometer un error tipo I. Como resultado, se obtuvo un tamaño de muestra final de 336 participantes, suficiente para garantizar la precisión y validez estadística de los resultados. La fórmula empleada fue la siguiente:

Tamaño de la muestra:  $n = [EDFF \times Np(1 - p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2}) \times (N - 1)] + p(1 - p)$

### 3.2.5. Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, conformado por 336 pacientes diagnosticados con DM 2 que acudieron al HRL durante el periodo de estudio y cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Este tipo de muestra se eligió debido a que los participantes fueron seleccionados en función de su accesibilidad y disposición a participar, garantizando la representatividad clínica dentro de la población de referencia. La recolección de

datos se realizó entre los meses de Mayo y Agosto, período durante el cual se alcanzó el total de 336 pacientes necesarios para el estudio.

### **3.2.6. Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 años o más con diagnóstico confirmado de DM2 que ha recibido tratamiento por un período igual o mayor a 6 meses.
- Otorgar su consentimiento explícito para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Paciente con Dx de trastorno de personalidad y/o reciba prescripción médica para ansiedad, depresión u otros trastornos mentales.
- No acepten participar en el estudio
- Pacientes que no reciban medicación para DM2.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La recopilación de datos se llevará a cabo conforme a un protocolo ético y sistematizado. Se solicitará permiso al Comité de ética de la UNAP para asegurar que el proyecto cumpla con todas las normativas. Una vez obtenida esta aprobación se solicitará al Hospital Regional de Loreto (HRL) la autorización mediante oficio, para poder acceder a los datos estadísticos relacionados con el número de pacientes atendidos. Con esta información, se aplicarán las encuestas durante el turno diurno en la sala de espera de emergencia y en los consultorios de Endocrinología del HRL, para posteriormente acceder a sus historias clínicas y así recolectar información más detallada sobre su estado de salud.

Encuestas presenciales: Se aplicarán cuestionarios estandarizados de manera presencial a cada participante, asegurando la comprensión de las preguntas y la adecuada recolección de respuestas. Este método permite aclarar dudas sobre los ítems y facilita la obtención de información confiable.

Revisión de historias clínicas: Para complementar los datos sociodemográficos, clínicos (tiempo de diagnóstico, presencia de comorbilidades, resultados de laboratorio, etc.) y verificar que se cumplan los criterios de inclusión.

### **Técnicas e instrumentos aplicados para recolectar información**

#### **"Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad (IA-TP)".**

El instrumento se fundamenta en los criterios de diagnóstico del Eje II del DSM-IV-TR, concordados posteriormente con la organización del DSM-5; está constituido por 146 ítems y conformado por nueve escalas; cada una posee ítems propios y otros ítems comunes que se comparten entre diversas escalas. Los autores Tous, Pont y Muiños (2005) desarrollaron el inventario siguiendo un proceso psicométrico que incluyó: validez de contenido, validez estructural o de constructo, validez interna y validez externa, garantizando así la calidad técnica del instrumento (27).

Validez sustantiva o de contenido: Se estableció mediante la elaboración y selección de adjetivos relevantes para cada escala, eliminando los redundantes y priorizando los más representativos. Este proceso permitió que los ítems se ajustaran adecuadamente a los estilos de personalidad evaluados (28).

Validez estructural o de constructo Debido a que el IA-TP no establece un número fijo de adjetivos que el evaluado debe seleccionar (la elección es libre según su autopercepción), fue necesario controlar estadísticamente la variabilidad en la

cantidad de respuestas que cada persona podía brindar. Para ello, se decidió una medida de varianza que permitiera interpretar adecuadamente esta tendencia individual. Posteriormente, se realizaron correlaciones ítem-escala con el fin de comprobar que cada adjetivo se relacionara de manera suficiente con la dimensión teórica a la que pertenece. Para confirmar esta relación se utilizó como criterio un coeficiente de correlación mínimo de 0.25; además, se efectuó un proceso de depuración de los ítems con el objetivo de reducir redundancias y conservar únicamente aquellos adjetivos que aportaran mayor representatividad conceptual y estadística dentro de cada escala (28).

Validez interna: Fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, lo que permitió determinar el grado de homogeneidad entre los ítems de cada escala. En los estudios psicométricos realizados, los valores obtenidos mostraron un desempeño adecuado en diferentes grupos etarios; en conjunto el IA-TP presenta una confiabilidad sólida, con coeficientes alfa que alcanzan rangos entre 0.73 y 0.89 (referencial a mujeres y hombres respectivamente), respaldando la cohesión de los ítems y la estabilidad interna de sus nueve escalas. Estos resultados constituyen un soporte empírico importante para el uso del instrumento en investigaciones y contextos clínicos (28).

Validez externa: Se estableció mediante correlaciones significativas con instrumentos ampliamente reconocidos, como el MCMI-II , el 16PF-5 , el EPQ de Eysenck y el NEO PI-R. Estos hallazgos confirman la coherencia del IA-TP con modelos dimensionales consolidados de la personalidad, reforzando su valor clínico y su ayuda diagnóstica (28).

Dado que el IA-TP fue desarrollado originalmente en España, se realizó un proceso de validación por criterio de expertos en Perú para asegurar su pertinencia cultural y su aplicabilidad en la población del presente estudio. Para este fin, se empleó la metodología de la V de Aiken, la cual permite cuantificar la validez de contenido de un instrumento según la evaluación de expertos (28).

Validación por criterio de expertos: Se seleccionaron tres psicólogos clínicos peruanos (Dra. María Elena Del Rosario Herrera Mora, Mg. Verónica Milagros Bellido Lazo y la Dra. Lucía Milagros Denegri Solís), todos con experiencia en evaluación de personalidad y en la variable de estudio. Cada experto revisó de manera individual los adjetivos pertenecientes a cada escala del inventario, y tuvo la libertad de agregar observaciones cualitativas sobre claridad, coherencia semántica y adecuación cultural. Posteriormente, calificaron los ítems utilizando una escala del 1 al 5, donde:

1 = deficiente, 2 = regular, 3 = bueno, 4 = muy bueno y 5 = excelente.

Estas puntuaciones permitieron obtener tanto la sumatoria total como el promedio global, necesario para el cálculo de la V de Aiken. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Juez 1: 43 puntos
- Juez 2: 42 puntos
- Juez 3: 43 puntos

Puntaje total: 42.66
Puntaje promedio: 4.74

Este valor promedio indica que los expertos consideraron que los ítems del IA-TP poseen alta claridad, relevancia conceptual y pertinencia para la población peruana adulta, lo que respalda su uso en investigaciones locales. Además del puntaje

cuantitativo, cada experto consignó una valoración cualitativa final sobre la aplicabilidad del instrumento, reforzando que el contenido del IA-TP es adecuado y comprensible para el contexto cultural en el que se utiliza (28).

**Tabla2. Escalas o tipologías de personalidad del IA-TP con sus rasgos más marcados**

<b>Perfil del IA-TP</b>	<b>Principales rasgos de personalidad asociados</b>
<b>Introversa – Esquizoide</b>	Introversión, frialdad emocional, baja necesidad de contacto social, escasa expresividad, desapego afectivo.
<b>Inhibida – Evitativa</b>	Timidez, ansiedad social, inseguridad, miedo al rechazo, baja autoestima, tendencia a evitar relaciones.
<b>Cooperativa – Dependiente</b>	Sumisión, búsqueda de aprobación, necesidad de apoyo constante, apego emocional, dificultad para tomar decisiones.
<b>Sociable – Histriónica</b>	Expresividad, afectuosidad, emotividad alta, búsqueda de atención y reconocimiento, necesidad de interacción constante.
<b>Confiada – Narcisista</b>	Autoestima elevada, autoconfianza, competitividad, búsqueda de éxito, reconocimiento y estatus, centrada en sí misma.
<b>Convincente – Antisocial</b>	Impulsividad, desafío a normas, manipulación, escasa empatía, desinhibición, tendencia a conductas riesgosas.
<b>Respetuosa – Compulsiva</b>	Responsabilidad, perfeccionismo, rigidez, control, organización, meticulosidad, necesidad de normas claras.
<b>Sensible – No especificado</b>	Emotividad intensa, empatía, vulnerabilidad, baja tolerancia a la frustración, susceptibilidad a la crítica.
<b>Impulsiva – Límite</b>	Inestabilidad emocional, impulsividad, conductas intensas y cambiantes, relaciones conflictivas, baja tolerancia al estrés.

De acuerdo con la teoría evolutiva de Theodore Millon, estos rasgos pueden agruparse en los tres clústeres de personalidad (28):

- **Clúster A (excéntrico / distante):** patrones esquizoides o evitativos
- **Clúster B (emocional / impulsivo):** patrones histriónicos, narcisistas o límite
- **Clúster C (ansioso / inhibido):** patrones compulsivos, dependientes o negativistas

En el presente estudio, el IA-TP permitió clasificar a los pacientes con DM2 dentro de los clústeres teóricos de personalidad, lo que permitió examinar la relación entre

los rasgos psicológicos predominantes y la adherencia terapéutica, evidenciando que los perfiles pertenecientes al clúster C (como el respetuoso–compulsivo y el cooperativo–dependiente) se asociaron con mejor cumplimiento del tratamiento, mientras que los rasgos del clúster B (como el impulsivo-límite) se relacionaron con menor adherencia (28).

El IA-TP no busca etiquetar a la persona, sino identificar el patrón de rasgos predominantes que guían su conducta cotidiana. Una puntuación elevada en alguna de las escalas indica una mayor inclinación hacia ese estilo de personalidad, lo que puede reflejar un funcionamiento normal o, si es muy marcado, una tendencia a desarrollar rasgos desadaptativos (27).

### **Test de Morisky-Green de 8 elementos.**

Es un instrumento psicométrico desarrollado por Morisky, Ang y Krousel-Wood en 2008, diseñado para medir el grado de adherencia terapéutica, específicamente el cumplimiento de la medicación y las recomendaciones médicas en pacientes con enfermedades crónicas, como la DM2; consta de 8 preguntas cerradas que evalúan olvidos, interrupciones no autorizadas del tratamiento y conductas relacionadas con la toma diaria de fármacos (25).

Se aplica mediante una entrevista breve, en la que el encuestador lee cada ítem y registra las respuestas del paciente; la adherencia se determina de la siguiente forma (25):

- Habrá adherencia cuando existan cuestiones respondidas a las ocho preguntas: **no, no, no, no, sí, no, no, nunca/raramente.**
- No adherente, si existen respuestas: **sí, sí, sí, sí, no, sí, sí, de vez en cuando/a veces/normalmente/siempre.**

El puntaje total permite clasificar la adherencia en tres niveles (25):

- **Alta adherencia:** 8 puntos, indica cumplimiento constante del tratamiento.
- **Adherencia moderada:** 6 a 7 puntos, refleja cumplimiento parcial.
- **Baja adherencia:**  $\leq 5$  puntos, indica incumplimiento frecuente.

En primera instancia, los datos fueron clasificados en estas tres categorías. Sin embargo, para el análisis estadístico bivariado y multivariado del presente estudio, se reagruparon las categorías “alta” y “moderada” en una sola categoría denominada “moderada/alta adherencia”, manteniendo la categoría “baja adherencia” de forma independiente. Esta recategorización optimizó la distribución de los datos y permitió cumplir con los supuestos estadísticos requeridos para las pruebas de chi-cuadrado y regresión logística (26).

### **Propiedades psicométricas**

La versión MMAS-8 presenta una consistencia interna adecuada, con valor de alfa de Cronbach de 0,83, lo que indica que los artículos miden de manera coherente el mismo constructo (adherencia terapéutica). En cuanto a su validez, los análisis factoriales respaldan su validez de constructo, mientras que la validez convergente ha sido demostrada mediante correlaciones significativas con variables clínicas, como el control glucémico (HbA1c), asistencia a controles médicos y registros electrónicos de medicación. La validación original reportó una sensibilidad del 93 % y una especificidad del 53 %, confirmando su utilidad clínica (26).

### **Ficha de datos sociodemográficos y clínicos.**

Contenido: Variables como edad, sexo, procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil, tiempo de evolución de la DM2, IMC y presencia de comorbilidades.

Objetivo: Contextualizar los resultados del cuestionario IATP y Morisky-Green, e identificar los rasgos de personalidad y la adherencia en la población estudiada.

**Procedimiento general:** En un espacio adecuado (consultorio o emergencia), se explicará a los participantes la finalidad de la investigación, se firmará el consentimiento informado y se les informará sobre la confidencialidad de sus datos; posteriormente se aplicará de manera secuencial la ficha sociodemográfica, el cuestionario IATP y el Test de Morisky-Green.

La revisión de historias clínicas se llevará a cabo posteriormente para corroborar datos clínicos y asegurar la calidad de la información.

### **3.4. Procesamiento de datos**

La información recopilada será registrada en una hoja de cálculo utilizando el software estadístico SPSS, versión 26.0. Se aplicará un análisis univariado mediante medidas de tendencia central como frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para el análisis bivariado, se utilizará la prueba de independencia chi-cuadrado, a fin de examinar la relación entre variables cualitativas, estableciendo un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia estadística de  $p \leq 0.05$ .

Para analizar la fuerza de asociación entre variables dicotómicas, se aplicará un modelo de regresión logística binaria, permitiendo calcular odds ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

### **3.5. Aspectos éticos**

El presente protocolo está sometido a la revisión del comité de ética del HRL y de la UNAP. El paciente firmó un consentimiento informado, se respetó la confidencialidad de la información con la utilización de códigos. El cumplimiento de

los criterios éticos de no maledicencia, autonomía, justicia y beneficencia serán respetados.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

**Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes con DM2. HRL, 2025 (N = 336)**

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	200	59,5 %
	Masculino	136	40,5 %
Edad (años)	30 a 59	239	71,1 %
	60 a más	97	28,9 %
Estado civil	Con pareja	192	57,1 %
	Sin pareja	144	42,9 %
Procedencia	Urbano	303	90,2 %
	Rural	33	9,8 %
Grado de instrucción	Primaria	85	25,3 %
	Secundaria	186	55,4 %
	Técnico	41	12,2 %
	Superior	24	7,1 %
Autonomía económica	Independiente	260	77,4 %
	Dependiente	76	22,6 %

En la **Tabla 3**, se presenta las características sociodemográficas de los 336 pacientes incluidos. En relación con el sexo, se observó un predominio del grupo femenino, que representó el 59,5%, mientras que el 40,5% correspondió al sexo masculino; respecto a la edad, la mayor proporción de participantes se encontró en el grupo de 30 a 59 años (71,1 %) , seguido por aquellos de 60 años a más (28,9 %) , evidenciando una población mayoritariamente adulta en etapa productiva. En cuanto al estado civil, el 57,1 % de los participantes manifestó tener pareja al momento de la evaluación, mientras que el 42,9 % refirió no contar con una relación de pareja. La procedencia mostró una clara concentración urbana, con 90,2 % de los sujetos provenientes de zonas urbanas y únicamente 9,8 % procedentes del

ámbito rural, lo que refleja la distribución geográfica predominante en el contexto del estudio. En relación con el grado de instrucción, se encontró que más de la mitad de los participantes poseían educación secundaria (55,4%). Le siguió en frecuencia los niveles primarios (25,3 %), técnico (12,2 %) y superior (7,1 %), indicando un nivel educativo heterogéneo, aunque con predominio de la educación media. Finalmente, respecto a la autonomía económica, el 77,4 % de los participantes se identificó como económicamente independiente, mientras que el 22,6 % refirió dependencia económica, lo cual aporta información relevante sobre la situación socioeconómica de la población evaluada.

**Tabla 4. Características clínicas/antropométricas. HRL, 2025.**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>IMC (OMS)</b>	<b>Normal</b>	134	39,9 %
	<b>Sobrepeso</b>	186	55,4 %
	<b>Obesidad</b>	13	3,9 %
	<b>Bajo peso</b>	3	0,9 %
<b>Tiempo de enfermedad (años)</b>	<b>0,5–4,9</b>	122	36,3 %
	<b>5–10</b>	117	34,8 %
	<b>11–20</b>	83	24,7 %
	<b>21–30</b>	14	4,2 %

En la **tabla 4**, se resumen las características clínicas/antropométricas de la muestra. Según el IMC (criterios OMS), predomina el sobrepeso (186; 55,4 %), seguido del IMC normal (134; 39,9 %); la obesidad representa 13 (3,9%) y el bajo peso 3 (0,9%). En conjunto, el 59,3 % de los pacientes presentan exceso de peso (sobrepeso u obesidad), mientras que cuatro de cada diez mantienen un IMC dentro de la normalidad. Respecto al tiempo de enfermedad, la mayor proporción reporta una evolución < 10 años (0,5–4,9 años: 122; 36,3 % y 5–10 años: 117; 34,8 %), seguida de 11–20 años (83; 24,7 %) y un grupo menor con 21–30 años (14; 4,2 %).

Esto sugiere una cronicidad predominantemente intermedia, con una minoría de casos de larga evolución.

**Tabla 5. Niveles de adherencia al tratamiento (MMAS-8). HRL, 2025.**

Nivel de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Baja	258	76,8 %
Moderada	68	20,2 %
Alta	10	3,0 %
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100,0%</b>

En la **tabla 5** se muestra la distribución de los niveles de adherencia al tratamiento medidos con el MMAS-8 en los 336 participantes. Predominó ampliamente la adherencia baja (n = 258; 76,8 %), seguida por la adherencia moderada (n = 68; 20,2 %), mientras que la adherencia alta fue poco frecuente (n = 10; 3,0 %). En síntesis, casi ocho de cada diez pacientes no alcanzan niveles óptimos de cumplimiento terapéutico, lo que señala una brecha relevante para el control clínico y la necesidad de estrategias de mejora de la adherencia (educación, acompañamiento y soporte conductual) en este contexto asistencial.

**Tabla 6. Distribución de pacientes según tipo de rasgos de personalidad. HRL, 2025.**

Tipo de rasgo de personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Confiada – Narcisista	11	3,3 %
Convincente – Antisocial	27	8,0 %
Cooperativa – Dependiente	55	16,4 %
Impulsiva – Límite	17	5,1 %
Inhibida – Evitativa	34	10,1 %
Introvertida – Esquizoide	29	8,6 %
Respetuosa – Compulsiva	90	26,8 %
Sensible – No especificado	55	16,4 %

<b>Sociable – Histriónica</b>	18	5,4 %
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100,0 %</b>

La **Tabla 6**, presenta la distribución de los rasgos de personalidad en la muestra (N = 336). El perfil más frecuente fue Respetuosa–Compulsiva (26,8 %; n = 90), seguido de Cooperativa–Dependiente (16,4 %; n = 55) y Sensible–No especificado (16,4 %; n = 55). Con menor presencia se observaron Inhibida–Evitativa (10,1 %; n = 34), Introversa–Esquizoide (8,6 %; n = 29) y Convicente–Antisocial (8,0 %; n = 27); los rasgos Sociable–Histriónica (5,4 %; n = 18), Impulsiva–Límite (5,1 %; n = 17) y Confiada–Narcisista (3,3 %; n = 11) fueron los menos comunes. En conjunto, predominan perfiles orientados a la responsabilidad, la conformidad y la dependencia, mientras que los rasgos más disruptivos o impulsivos aparecen en proporciones considerablemente menores. Este patrón sugiere un contexto psicológico en el que la regulación y la contención emocional son frecuentes, con posibles implicancias diferenciales para el cumplimiento terapéutico y la relación clínico-paciente.

**Tabla 7. Distribución de los clústeres de personalidad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital Regional de Loreto – 2025.**

<b>Clúster de personalidad (DSM-5)</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Cluster A – Excéntrico</b>	63	18,8
<b>Cluster B – Dramático o Emocional</b>	73	21,7
<b>Cluster C – Ansioso</b>	200	59,5
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100,0</b>

En la **Tabla 7**, se muestra la distribución de los clústeres de personalidad según la clasificación del DSM-5 en los pacientes con DM2.

El clúster predominante fue el C (Ansioso), con el 59,5 % (N=200) de los participantes, caracterizado por rasgos de dependencia, evitación, compulsividad y sensibilidad interpersonal, los cuales reflejan una tendencia a la preocupación excesiva, la autoexigencia y la necesidad de apoyo externo para la toma de decisiones. En segundo lugar, se ubicó el Cluster B (Dramático o Emocional), presente en el 21,7 % (n=73), que incluye rasgos histriónicos, narcisistas, antisociales y límite, asociados a la impulsividad, la emotividad intensa y la búsqueda constante de reconocimiento. Finalmente, el Clúster A (Excéntrico) se presentó en el 18,8 % (n=63) de los pacientes, caracterizado por rasgos esquizoides, como introversión marcada, baja expresión emocional y dificultad para establecer vínculos sociales estrechos. En conjunto, los resultados muestran un predominio del Clúster C (Ansioso), evidenciando que la mayoría de los participantes con DM2 presentan rasgos de preocupación, autoexigencia y necesidad de control, aspectos que podrían influir en su forma de afrontar la enfermedad y en el cumplimiento del tratamiento.

**Tabla 8. Asociación entre características sociodemográficas y niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con DM 2. HRL, 2025 (N = 336).**

Características sociodemográficas	Categorías	Baja adherencia n (%)	Moderada/ alta adherencia n (%)	OR	IC95%	Valor p
<b>Sexo</b>	Masculino	156 (78,0)	44 (22,0)	<b>Ref</b>		
	Femenino	102 (75,0)	34 (25,0)	1,043	0,58 – 1,87	0,889
<b>Edad</b>	30 a 59	183 (76,6)	56 (23,4)	<b>Ref</b>		
	≥ 60 años	75 (77,3)	22 (22,7)	0,927	0,51 – 1,68	0,803
<b>Estado civil</b>	Con pareja	134 (69,8)	58 (30,2)	<b>Ref</b>		
	Sin pareja	124 (86,1)	20 (13,9)	2,57	1,43 – 4,63	<b>0,002</b>

<b>Procedencia</b>	Rural	22 (66,7)	11 (33,3)	<b>Ref</b>		
	Urbano	236 (77,9)	67 (22,1)	0,581	0,25 – 1,31	0,193
<b>Grado de instrucción</b>	Superior	13 (54,2)	11 (45,8)	<b>Ref</b>		
	Primaria	71 (83,5)	14 (16,5)	4,29	1,61 – 11,11	<b>0,002</b>
	Secundaria	146 (78,5)	40 (21,5)	3,09	1,29 – 7,42	<b>0,006</b>
	Técnico	28 (68,3)	13 (31,7)	2,34	0,79 – 7,14	0,124
<b>Autonomía económica</b>	Independiente	200 (76,9)	60 (23,1)	<b>Ref</b>		
	Dependiente	58 (76,3)	18 (23,7)	0,96	0,52–1,77	0,89

En la **tabla 8**, se identifica que las personas sin pareja mostraron una mayor probabilidad de presentar baja adherencia en comparación a los que sí tenían pareja. En específico, los pacientes sin pareja tuvieron 2,57 veces más probabilidades de presentar baja adherencia en relación con los pacientes que sí tenían pareja (OR: 2,57; IC95%: 1,43–4,63;  $p = 0,002$ ). Asimismo, el grado de instrucción mostró un patrón significativo. Los pacientes con educación primaria presentaron 4,29 veces más probabilidades de baja adherencia en comparación con aquellos con educación superior (OR: 4,29; IC95%: 1,61–11,11;  $p = 0,002$ ). De igual modo, quienes tenían educación secundaria tuvieron 3.09 veces más probabilidades de presentar baja adherencia respecto al grupo de referencia con educación superior (OR: 3.09; IC95%: 1.29–7.42;  $p = 0,006$ ).

**Tabla 9. Adherencia al tratamiento según variables clínicas/antropométricas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).**

<b>Variables clínicas/antropométricas</b>	<b>Categorías</b>	<b>Baja adherencia n (%)</b>	<b>Moderada/ alta adherencia n (%)</b>	<b>Valor p</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
IMC (OMS)	Normal	107(79,9)	27 (20,1)	<b>Ref</b>	<b>Ref</b>	
	Bajo peso	3 (100,0)	0 (0,0)	0,581	0,99	0,97 – 1,00
	Sobrepeso	139 (74,7)	47 (25,3)	0,333	1,30	0,77 – 2,17
	Obesidad	9 (69,2)	4 (30,8)	0,510	1,49	0,45 – 4,99
	0,5–4 años	89 (73,0)	33 (27,0)	<b>Ref</b>	<b>Ref</b>	

Tiempo de enfermedad	5–10 años	93 (79,5)	24 (20,5)	0,430	0,70	0,37–1,35
	11–20 años	65 (78,3)	18 (21,7)	0,471	0,75	0,38–1,46
	21–30 años	11 (78,6)	3 (21,4)	0,462	0,74	0,16–3,48

En la **tabla 9**, se evaluó la asociación entre las variables clínicas/antropométricas y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con DM2. En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), se observó que la categoría normal fue considerada como referencia para el análisis. Los pacientes con bajo peso presentaron una probabilidad prácticamente equivalente de adherencia en comparación con el grupo normal (OR = 0,99; IC95%: 0,97–1,00;  $p = 0,581$ ), sin demostrar significancia estadística. De manera similar, la categoría sobrepeso tampoco mostró asociación significativa con la adherencia (OR = 1,30; IC95%: 0,77–2,17;  $p = 0,333$ ), evidenciando un ligero incremento en la probabilidad de adherencia, pero sin relevancia estadística.

Por su parte, los pacientes con obesidad presentaron un OR de 1,49 (IC95%: 0,45–4,99;  $p = 0,510$ ), lo que sugiere una tendencia no significativa hacia una mayor adherencia respecto al grupo normal. Sin embargo, la amplitud del intervalo de confianza indica imprecisión en la estimación y falta de evidencia concluyente.

Respecto al tiempo de enfermedad, se desarrolló como referencia el grupo de 0,5–4 años. Los pacientes con 5–10 años de enfermedad mostraron un OR de 0,70 (IC95%: 0,37–1,35;  $p = 0,430$ ), lo que indica una menor probabilidad de adherencia, aunque sin significancia estadística. Aquellos con 11–20 años presentaron un comportamiento similar (OR = 0,75; IC95%: 0,38–1,46;  $p = 0,471$ ), mientras que los pacientes con 21–30 años tuvieron un OR de 0,74 (IC95%: 0,16–3,48;  $p = 0,462$ ). Ninguna de estas categorías evidencia asociaciones estadísticamente significativas con la adherencia.

En conjunto, los resultados indican que ninguna de las variables clínicas/antropométricas analizadas (IMC y tiempo de enfermedad) se asocian de manera significativa con el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes evaluados. Aunque se observan ligeras variaciones de riesgo relativo entre categorías, estas no alcanzan significancia estadística, por lo que no pueden considerarse determinantes en la adherencia terapéutica dentro de esta población.

**Tabla 10. Asociación entre tipo de rasgo de personalidad y niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).**

Rasgo de personalidad	Baja adherencia n (%)	Moderada/Alta n (%)	OR	IC95%	Valor p
Sociable – Histriónica	17 (94.4)	1 (5.6)	<b>Ref</b>	—	—
Confiada – Narcisista	10 (90.9)	1 (9.1)	0.59	0.03 – 10.48	0.718
Convincent–Antisocial	21 (77.8)	6 (22.2)	0.21	0.02 – 1.88	0.161
<b>Cooperativa – Dependiente</b>	<b>37 (67.3)</b>	<b>18 (32.7)</b>	<b>0.12</b>	<b>0.01 – 0.98</b>	<b>0.048</b>
Impulsiva – Límite	16 (94.1)	1 (5.9)	0.94	0.05 – 16.35	0.967
Inhibida – Evitativa	28 (82.4)	6 (17.6)	0.28	0.03 – 2.48	0.250
Introversa – Esquizoide	24 (82.8)	5 (17.2)	0.28	0.03 – 2.64	0.267
<b>Respetuoso – Compulsivo</b>	<b>58 (64.4)</b>	<b>32 (35.6)</b>	<b>0.11</b>	<b>0.01 – 0.84</b>	<b>0.033</b>
Sensible – No especificado	47 (85.5)	8 (14.5)	0.35	0.04 – 2.97	0.333

En la **Tabla 10**, se presenta la asociación entre los diferentes tipos de rasgos de personalidad y los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se identificaron dos rasgos de personalidad significativamente asociados a una menor probabilidad de presentar baja adherencia. Los pacientes con el rasgo Cooperativa–Dependiente mostraron una probabilidad significativamente menor de presentar baja adherencia en comparación con el grupo de referencia (Sociable–Histriónica), este grupo presentó un OR de 0,12 (IC95%: 0,01–0,98 ; p = 0,048 ), lo cual indica que estos pacientes tuvieron un 88% menos de probabilidad de presentar baja adherencia con respecto al grupo de

referencia. De la misma forma, los pacientes con el rasgo Respetuoso–Compulsivo presentaron un OR de 0.11 (IC95%: 0.01–0.84 ;  $p = 0.033$  ), lo que equivale a una reducción del 89% en la probabilidad de baja adherencia en comparación con el grupo Sociable–Histriónica. Los demás rasgos de personalidad evaluados no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la adherencia al tratamiento ( $p > 0.05$ ).

**Tabla 11. Asociación y modelo de regresión logística binaria entre clúster de personalidad y niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).**

Clúster de personalidad (DSM-5)	Baja adherencia n (%)	Moderada/ Alta adherencia n (%)	Total n (%)	OR	IC95%	Valor p
<b>Clúster A (Excéntrico)</b>	52 (82,5 %)	11 (17,5 %)	63 (100 %)	<b>Ref</b>	-	-
<b>Clúster B (Dramático o Emocional)</b>	64 (87,7 %)	9 (12,3 %)	73 (100 %)	0,801	0,161-0,737	0,059
<b>Clúster C (Ansioso)</b>	142(71,0 %)	58 (29,0 %)	200 (100 %)	0,378	0,161-0,737	<b>0,011</b>
<b>Total</b>	<b>258 (76,8 %)</b>	<b>78 (23,2 %)</b>	<b>336 (100 %)</b>			

En la **Tabla 11**, se presenta la asociación entre los clústeres de personalidad basados en el DSM-5 y los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes pertenecientes al Clúster C muestran una probabilidad significativamente menor de presentar baja adherencia en comparación con el Clúster A (excéntrico), que fue utilizado como grupo de referencia. Este grupo presentó un OR de 0.378 (IC95%: 0.161–0.737;  $p = 0.011$ ), lo que indica que los pacientes del Clúster C tuvieron un 62% menos probabilidad

de presentar baja adherencia respecto al clúster de referencia. Por otro lado, los pacientes del Clúster B (dramático/emocional) mostraron un OR de 0,801 (IC95%: 0,161–0,737;  $p = 0,059$ ), el cual no alcanzó significancia estadística; por tanto, no se puede afirmar que este clúster se asocie con la adherencia al tratamiento. En conjunto, los resultados indican que el Clúster C es un factor protector significativo frente a la baja adherencia, mostrando una menor probabilidad de incumplimiento terapéutico en comparación con el Clúster A.

**Tabla 12. Regresión logística binaria de la adherencia con variables sociodemográficas y clínicas. HRL, 2025 (N=336).**

Características sociodemográficas y clínicas	Categorías	OR	IC95%	Valor p
<b>Estado civil</b>	Con pareja	<b>Ref</b>	–	–
	Sin pareja	2,78	1,54 – 4,95	<b>0,001</b>
<b>Nivel educativo</b>	Superior	<b>Ref</b>	–	–
	Primaria	4,51	1,48 – 11,72	<b>0,007</b>
	Secundaria	3,34	1,33 – 8,35	<b>0,010</b>
	Técnico	2,16	0,76 – 6,24	0,152
<b>IMC (reagrupado)</b>	Normal/Bajo peso	<b>Ref</b>	–	–
	Sobrepeso/Obesidad	1,47	0,85 – 2,55	0,170

En la **Tabla 12**, se presenta el modelo de regresión logística binaria realizado para evaluar la influencia de diversas características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento. En relación con el estado civil, los pacientes que no tenían pareja mostraron un incremento significativo en el riesgo de presentar baja adherencia. En específico, el grupo sin pareja presentó un OR de 2.78 (IC95%: 1.54–4.95;  $p = 0.001$ ), lo que indica que estos pacientes tuvieron 2,78 veces más probabilidad de presentar baja adherencia respecto al grupo que sí tenía pareja.

En cuanto al nivel educativo, se observa que los pacientes con educación primaria y secundaria presentan mayores riesgos de baja adherencia en comparación con los de educación superior. Quienes tenían educación primaria mostraron un OR de 4.51 (IC95%: 1,48 –11,72; p = 0.007), evidenciando un riesgo más de cuatro veces superior. De forma similar, los pacientes con educación secundaria presentaron un OR de 3.34 (IC95%: 1,33 – 8,35; p = 0.010), lo que refleja un riesgo más de tres veces mayor frente al grupo de referencia. Por el contrario, el IMC reagrupado no mostró asociación significativa con la adherencia al tratamiento, ya que la categoría de sobrepeso/obesidad presentó un OR de 1.47 (IC95%: 0.85–2.55 ; p = 0.170), sin alcanzar significancia estadística.

**Tabla 13. Modelo de regresión logística binaria multivariada entre variables sociodemográficas, clúster y dominios de personalidad con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. HRL, 2025 (N = 336).**

Variable	Categoría	OR	IC95% OR	Valor p
Sexo	Masculino	Ref	-	-
	Femenino	0,964	0,542 - 1,71	0,901
Estado civil	Con pareja	Ref	-	-
	Sin pareja	2,57	1,43 – 4,63	<b>0,002</b>
Nivel educativo	Superior	Ref	-	-
	Primaria	4,42	1,55 -12,66	<b>0.005</b>
	Secundaria	3,55	1,39 - 9,01	<b>0.008</b>
	Técnico	2,95	0,76 – 6,94	0,142
Clúster de personalidad	Clúster A – Excéntrico	Ref	-	-
	Clúster B – Dramático	0,807	0,281 – 2,317	0,691
	Clúster C – Ansioso	0,370	0,170 - 0,804	<b>0,012</b>

En la **Tabla 13**, se presenta el modelo de regresión logística multivariada para identificar los factores sociodemográficos y psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En relación con el estado civil, se encontró que los pacientes sin pareja presentaban un riesgo significativamente mayor de baja adherencia en comparación con aquellos que tenían pareja. Este grupo mostró un OR de 2,57 (IC95%: 1,43–4,63;  $p = 0,002$ ), lo que indica que los pacientes sin pareja tuvieron más del doble de probabilidad de presentar baja adherencia al tratamiento. En cuanto al nivel educativo, se observará que los niveles más bajos de escolaridad se asociarán con un mayor riesgo de baja adherencia. Los pacientes con educación primaria presentaron un OR de 4.42 (IC95%: 1.55–12.66;  $p = 0.005$ ), lo que representa un riesgo más de cuatro veces superior al de aquellos con educación superior. De igual modo, los pacientes con educación secundaria tuvieron un OR de 3.55 (IC95%: 1.39–9.01;  $p = 0.008$ ), evidenciando un riesgo más de tres veces mayor frente al grupo de referencia. La categoría “técnico” no mostró asociación significativa ( $p = 0,142$ ). Respecto al clúster de personalidad, únicamente el Clúster C (ansioso) mostró una asociación significativa con la adherencia. En comparación con el Clúster A (excéntrico), los pacientes pertenecientes al Clúster C presentaron un OR de 0.370 (IC95%: 0.170–0.804;  $p = 0.012$ ), lo que indica que tuvieron 63% menos probabilidad de presentar baja adherencia. El Clúster B no mostró asociación significativa ( $p = 0,691$ ).

Por lo tanto, el modelo ajustado evidencia que la ausencia de pareja , los niveles educativos primario y secundario , y la pertenencia al Clúster C constituyen los factores con influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento en esta población.

## **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

En el presente capítulo se discuten los resultados obtenidos en relación con los objetivos planteados, contrastándolos con la evidencia científica disponible y los fundamentos teóricos desarrollados en el marco teórico. El análisis permite comprender cómo los factores sociodemográficos, los rasgos de personalidad y la adherencia terapéutica se interrelacionan en los pacientes con DM2 atendidos en el HRL durante el año 2025.

Los resultados mostraron un predominio del sexo femenino y del grupo etario comprendido entre los 30 y 59 años, coincidiendo con la evidencia epidemiológica reportada por la Organización Mundial de la Salud (1) y el Ministerio de Salud del Perú (2), que señalan una mayor prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en mujeres adultas. Este hallazgo también es consistente con el estudio de García-Pérez et al. (3), quien obtuvo una participación femenina predominante debido a su mayor contacto con los servicios sanitarios y al rol activo en el cuidado de la salud familiar.

Asimismo, Lara Morales et al. (4) refieren que en poblaciones mayores de 60 años las diferencias de género se atenúan debido al incremento de las comorbilidades, lo que concuerda parcialmente con los resultados obtenidos en este estudio. En relación con el estado civil, se observa que la mayoría de los pacientes cuentan con una pareja estable, lo que podría influir en una mejor adherencia terapéutica, ya que el apoyo afectivo y social constituye un factor motivador para el cumplimiento del tratamiento.

El análisis bivariado de nuestro estudio evidenció una relación significativa entre el estado civil y la adherencia terapéutica ( $p=0,001$ ). Los pacientes con pareja mostraron mayor adherencia en comparación con los solteros, lo que coincide con los resultados de Mendoza-Catalán et al. (17) y Testa et al. (16), quienes señalan que el soporte emocional y la convivencia influyen en la regularidad del tratamiento y en la percepción de autoeficacia.

De manera similar, Szita et al. (11) y Alarcón Luna et al. (12) concluyeron que el acompañamiento familiar refuerza la adherencia, especialmente en tratamientos prolongados como el de la DM2. Asimismo, el nivel educativo presentó una relación estadísticamente significativa con la adherencia, observándose que los pacientes con formación superior mostraron mayor cumplimiento terapéutico. Esto es congruente con lo encontrado por Blanco Naranjo et al. (5), quienes mencionan que la comprensión de la enfermedad y de las indicaciones médicas mejora con la alfabetización en salud. García-Pérez et al. (3) también subrayan que el conocimiento y la percepción de control personal son determinantes para la adherencia sostenida.

En el análisis de los rasgos de personalidad evaluados mediante el Inventario de Autoevaluación de la Personalidad (IATP), se observa una asociación significativa entre los rasgos Respetuoso–Compulsivo ( $p=0,001$ ) y Cooperativo–Dependiente ( $p=0,048$ ) con una mayor adherencia al tratamiento. Dichos resultados concuerdan con los hallazgos de Rossi et al. (7) y Dimou et al. (14), quienes evidenciaron que los rasgos de responsabilidad, orden y disciplina facilitan conductas de autocuidado y cumplimiento terapéutico.

De igual forma, Hazrati-Meimonseh et al. (22) y Uchida et al. (21) mencionan que los individuos con rasgos de planificación y autocontrol tienden a presentar mejores niveles de glicemia y adherencia sostenida. En contraste, los pacientes con rasgos Impulsivos–Límite o Inhibidos–Evitativos mostraron menores niveles de adherencia terapéutica (94,1% y 82,4%) simultáneamente, lo que se asemeja a lo descrito por Sánchez-Urbano et al. (19) y Mukherjee et al. (18), quienes asocian la impulsividad con un menor control de la conducta y dificultad para mantener hábitos terapéuticos estables.

Estos hallazgos refuerzan el modelo de personalidad propuesto por McCrae y Costa (23), donde el rasgo de responsabilidad se vincula directamente con comportamientos de salud positivos y sostenidos.

El modelo de regresión logística binaria multivariada mostró significancia global ( $\chi^2 = 40,35$ ;  $p < 0,05$ ), identificando como variables predictoras al estado civil con pareja, el nivel educativo superior y el rasgo de personalidad respetuoso–compulsivo. Este resultado indica que tanto los factores sociales como psicológicos intervienen de manera conjunta en la adherencia. Resultados similares fueron reportados por Reach et al. (8), quien demostró que los rasgos de personalidad interactúan con la percepción del tratamiento y la confianza en los profesionales de salud, determinando comportamientos adherentes. Asimismo, Lara Morales et al. (4) y Puga Miranda et al. (10) sostienen que los factores psicosociales explican una proporción relevante de la adherencia más allá de las variables biomédicas.

Por otro lado, estudios recientes como el de Dimou et al. (14) y Deng et al. (13) confirman que la toma de decisiones intertemporales basadas en la autopercepción, la responsabilidad y el autocontrol predice un mejor manejo

terapéutico. Esto resalta la necesidad de integrar la evaluación psicológica dentro de los programas de atención al paciente diabético.

En conjunto, los resultados del presente estudio concuerdan con la evidencia científica internacional y nacional, respaldando la hipótesis de que la adherencia terapéutica en la DM2 depende no solo de factores clínicos, sino también de las características personales y contextuales.

La presencia de rasgos como la responsabilidad, la cooperación y el orden se asocia con una mayor adherencia, mientras que la impulsividad y la evitación limitan el cumplimiento del tratamiento. Por ello, se recomienda que los programas de intervención incluyan estrategias educativas, familiares y psicológicas que promuevan la autodisciplina y la comprensión del tratamiento, optimizando así los resultados terapéuticos en los pacientes del HRL.

## **CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES**

1. Se identificó que el estado civil y los rasgos de personalidad del Clúster C (Ansioso) se asociaron significativamente con una mayor adherencia terapéutica en los pacientes con DM2, lo que evidencia la importancia del contexto afectivo y del perfil emocional en el cumplimiento del tratamiento.
2. Los pacientes con DM2 que tenían pareja estable y un nivel educativo secundario o técnico presentaron una mayor adherencia al tratamiento médico, resaltando la influencia de los factores sociales y educativos en la constancia terapéutica.
3. En la población estudiada predominó el Clúster C (Ansioso), caracterizado por preocupación excesiva, inseguridad y necesidad de control, aspectos que pueden influir positivamente en la organización y seguimiento de las indicaciones médicas.
4. Se evidenció asociación significativa entre los rasgos de personalidad y la adherencia terapéutica. Los pacientes con rasgos respetuosos–compulsivos y cooperativos–dependientes mostraron mayor adherencia, mientras que aquellos con rasgos impulsivo–límite evidenciaron menor cumplimiento.
5. El análisis multivariado confirmó que el estado civil, el nivel educativo y los rasgos ansiosos del Clúster C fueron variables asociadas a una mayor adherencia al tratamiento, indicando que tanto el entorno social como el perfil psicológico contribuyen al compromiso terapéutico.
6. La adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 está determinada por factores psicosociales y educativos, además de los clínicos.

## **CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES**

1. Fortalecer la educación terapéutica personalizada, incorporando sesiones de consejería dirigidas a los pacientes con DM2, orientadas no solo al conocimiento del tratamiento, sino también al desarrollo de habilidades de autocontrol y responsabilidad, especialmente en quienes presentan baja adherencia.
2. Integrar la evaluación psicológica y de personalidad en los programas de atención al paciente diabético, utilizando diferentes test psicológicos, para identificar rasgos que puedan interferir o facilitar la adherencia terapéutica y diseñar intervenciones ajustadas al perfil individual.
3. Promover intervenciones interdisciplinarias que incluyen al equipo médico, de enfermería y psicología, con el fin de abordar integralmente los factores sociodemográficos y emocionales que influyen en la adherencia al tratamiento, priorizando el acompañamiento continuo a los pacientes de mayor riesgo de abandono terapéutico.
4. Desarrollar estrategias de educación continua y campañas de sensibilización dirigidas a familiares y cuidadores, resaltando la importancia del apoyo social y del entorno cercano en el mantenimiento de hábitos saludables y en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
5. Fomentar futuras investigaciones que profundicen en la interacción entre los rasgos de personalidad y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, incorporando variables culturales y de apoyo familiar, a fin de generar modelos preventivos más precisos que orienten la intervención en salud pública.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Diabetes Fact Sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional: Diabetes Mellitus [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/>
3. García-Pérez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther.* 2013;4(2):175-194. doi:10.1007/s13300-013-0034-y
4. Lara-Morales A, Gandarillas-Grande A, Díaz-Holgado A, Serrano-Gallardo P. Psychosocial factors in adherence to pharmacological treatment and diabetes mellitus control in patients over 65. *Aten Primaria.* mayo de 2022;54(5):102302.
5. Blanco Naranjo EG, Chavarría Campos GF, Garita Fallas YM. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Rev Medica Sinerg.* 1 de febrero de 2021;6(2):e639.
6. Atlantis E, Pour SG, Girosi F. Valor predictivo incremental de la detección de ansiedad y depresión más allá de los modelos actuales de riesgo de diabetes tipo 2: un estudio de cohorte prospectivo.
7. Rossi G, Weekers LC, Hutsebaut J. Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality types based upon DSM-5 maladaptive personality traits. *Heliyon.* mayo de 2021;7(5):e06938.
8. Reach G, Benarbia L, Benhamou PY, Delemer B, Dubois S, Gouet D, et al. An Unsafe/Safe Typology in People with Type 2 Diabetes: Bridging Patients'

- Expectations, Personality Traits, Medication Adherence, and Clinical Outcomes. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:1333–50. <https://doi.org/10.2147/PPA.S365398>
9. Gerencia Regional de Salud (Geresa) Loreto. Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024. Loreto: Geresa Loreto; 2024.
  10. Puga Miranda DraNE, Cadena Orellana DraOP, Burbano Vera DrME, Zambrano Intriago DrGI, Chilán Cantos DrCA, Zambrano Mera DrJG. Factores Asociados a la no Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ciencia Latina*. 6 de noviembre de 2024;8(5):6488-504.
  11. Szita N, Fornaro M, Döme P, Szabolcs J, Xénia YG. Relación entre la adherencia terapéutica y la personalidad.
  12. Alarcón Luna NS, Lerma Valdez A, Santamaría YR, Márquez Vargas PM, Juárez Medina LL, Zúñiga Vargas ML. ASOCIACIÓN ENTRE HABITOS ALIMENTICIOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2. *Horiz Enferm*. 2024;35(3):1131-46.
  13. Deng L, Luo S, Fang Q, Xu J. Intertemporal decision-making as a mediator between personality traits and self-management in type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 28 de julio de 2023;14:1210691.
  14. Dimou K, Dragioti E, Tsitsas G, Mantzoukas S, Gouva M. Association of Personality Traits and Self-Care Behaviors in People With Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus [Internet]*. 18 de diciembre de 2023 [citado 20 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/203578-association-of-personality-traits->

and-self-care-behaviors-in-people-with-type-2-diabetes-mellitus-a-systematic-review-and-meta-analysis

15. Sae-Ueng N, Luvira V. Missed Appointments and the Potential Correlation between Personal Characteristics, Personality, and Familial Characteristics and Missed Appointments for Adults with Diabetes Mellitus at the Primary Care Unit of Khon Kaen Province. *Healthcare*. 6 de octubre de 2024;12(19):1992.
16. Testa G, Camacho-Barcia L, Gómez-Martínez C, Mora-Maltas B, De La Torre R, Pintó X, et al. Impulsive Personality Traits Predicted Weight Loss in Individuals with Type 2 Diabetes after 3 Years of Lifestyle Interventions. *JCM*. 16 de junio de 2022;11(12):3476.
17. Mendoza-Catalán G, Rodríguez-Santamaría Y, Domínguez-Chávez CJ, Juárez-Medina LL, Villa-Rueda AA, González-Ramírez J, et al. Personality Traits and Self-Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *DMSO*. enero de 2022;Volume 15:1-6.
18. Mukherjee A, Yadav BS, Sarvottam K. Comparative analysis of big five personality traits in obese and normal weight type 2 diabetes mellitus patients. *J Fam Med Prim Care*. febrero de 2022;11(2):691-5.
19. Sánchez-Urbano C, Pino MJ, Herruzo C. Personality Prototypes in People with Type 1 Diabetes and Their Relationship with Adherence. *Int J Environ Res Public Health*. 30 de abril de 2021;18(9):4818.
20. Dadras Z, Molaei B, Aghamohammadi M. The relationship between personality profile and self-care among patients with type 2 diabetes. *Front Psychol*. 15 de noviembre de 2022;13:1030911.

21. Uchida T, Ueno H, Konagata A, Nakamura T, Taniguchi N, Nabekura H, et al. Association between personality traits and glycemic control after inpatient diabetes education. *Metab Open*. junio de 2023;18:100244.
22. Hazrati-Meimaneh Z, Amini-Tehrani M, Pourabbasi A, Gharlipour Z, Rahimi F, Ranjbar-Shams P, et al. The impact of personality traits on medication adherence and self-care in patients with type 2 diabetes mellitus: The moderating role of gender and age. *J Psychosom Res*. septiembre de 2020;136:110178.
23. Schultz DP, Schultz SE. *Theories of personality*. 9th ed. Australia ; Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning; 2009. 542 p.
24. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. 5.<sup>a</sup> ed. Arlington: Publicaciones psiquiátricas estadounidenses; 2013.
25. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet*. 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.
26. Moon SJ, Lee WY, Hwang JS, Hong YP, Morisky DE. Precisión de una herramienta de cribado para la adherencia al tratamiento farmacológico: MMAS-8 en pacientes hipertensos coreanos. *J Clin Hypertens* . 2017;19(7):750-757.
27. Tous JM, Pont N, Muiños R. IA-TP: Inventario de Adjetivos para la Evaluación de los Trastornos de la Personalidad. Manual técnico. Madrid: TÉ Ediciones; 2005.

28. García Galindo JT, Muiños Martínez R, Ferrer García M, Tous Ral JM. Teoría de la personalidad implícita y explícita de los pacientes con depresión. An Psicol. 1 de mayo de 2013;29(2):378-84.

## ANEXOS

### A) Instrumentos

Edad en años	18-30a 31-40a 41-50a 51-60a >60a
Sexo	Masculino Femenino
Procedencia	Iquitos Punchana Belén San Juan Otros.
Grado de instrucción	Analfabeto. Primaria. Secundaria. Superior.
Estado civil	Soltero. Casado. Divorciado. Viudo Conviviente
Ocupación	Dependiente Independiente
Tiempo de enfermedad con DM	1-3 años 4-7 años 8-11- 12 a más años.
IMC	Normal- (18.5 – 24.9) Sobrepeso- (25-29.9) Obesidad- grado 1 (30 – 34.9) Obesidad- grado 2 (35 – 39.9) Obesidad- grado 3 (>40)
Comorbilidades	Sí... Cúales? No



1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.

ESCALA DE MORISKY GREEN DE 8 ELEMENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS (ADHERENCIA) (26).

<b>ESCALA DE MORISKY GREEN</b>		
1. ¿Olvida tomar sus medicinas algunas veces?	SÍ	NO
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejo de tomar su medicina algún día?	SÍ	NO
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas o ha dejado de tomarlas sin decírselo al Dr porque se sentía peor cuando las tomaba?	SÍ	NO
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	SÍ	NO
5. ¿Se tomo sus medicinas algunas veces?	SÍ	NO
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿Deja de tomar sus medicinas algunas veces?	SÍ	NO
7. Tomar medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	SÍ	NO
8. ¿Con que frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?  a. Nunca/Raramente. b. De vez en cuando. c. A veces. d. Normalmente. e. Siempre.		

## B) Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ENTREVISTA/ENCUESTA

---

**Instituciones:** Facultad de Medicina – UNAP

**Investigador:** Milagros Idrogo Herrera

**Título:** INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE IQUITOS, 2025.

---

#### Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “**INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE IQUITOS, 2025**”. Este es un estudio desarrollado por la Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Este estudio se realizará para obtener información que favorezca el mejoramiento de la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y así evitar sus complicaciones de mediano y largo plazo

#### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio le haremos algunas preguntas por aproximadamente una hora, las cuales serán grabadas para un mejor registro de las respuestas.

¿Acepta la grabación?: SI  NO

**Riesgos:** No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

**Beneficios:** No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Se prevé que resultados de este estudio ayuden en el diseño de intervenciones para el control de la Diabetes Mellitus tipo 2, que beneficiarán tanto a su comunidad como a usted.

**Costos e incentivos:** Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en este estudio.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:** Las grabaciones realizadas durante la entrevista se destruirán una vez sistematizada la información.

**Derechos del participante:** Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Milagros Idrogo Herrera al tel. 910372562

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Dr. Hermann Federico Silva Delgado.

### **Consentimiento**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

Participante  
Nombre:

DNI:

---

Fecha

---

Investigador  
Nombre:

DNI:

---

Fecha

C) Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivo	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento
<p>INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE IQUITOS, 2025.</p>	<p>¿Cuál es la influencia de los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital público de Iquitos, 2025?</p>	<p><b>General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el impacto de los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital público de Iquitos, 2025.</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los rasgos de personalidad presentes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital público de Iquitos, 2025.</li> <li>Analizar el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital público de Iquitos, 2025.</li> <li>Examinar la relación entre los rasgos de personalidad y la adherencia al tratamiento en los pacientes de un hospital público de Iquitos, 2025.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipótesis alterna (H1): Los rasgos de personalidad influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Loreto, 2025.</li> </ul>	<p>Rasgo de personalidad.</p>	<p>Es una característica o cualidad relativamente estable que distingue a una persona de otra.</p> <p>Test IA-TP</p>	<p>Ordinal</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipótesis nula (H0): Los rasgos de personalidad no influyen significativamente en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Loreto, 2025.</li> </ul>	<p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Buena Adherencia Mala Adherencia</p> <p>Escala de morisky green</p>	