



NIVEL DE AUTOESTIGMA EN PACIENTES QUE PADECEN DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL CESFAM LA GRANJA

POR: CONSTANZA BINIMELIS, PAULINA CÁCERES, CONSTANZA  
GONZÁLEZ, MARÍA JOSEFINA MELÉNDEZ

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad Del  
Desarrollo para optar al Título Profesional de Enfermera (o)

PROFESOR GUÍA:

Sra. SABRITA CHANDIA ESPINOSA

Diciembre 2019  
SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

*Dedicado a nuestras familias, por el apoyo  
incondicional, amor y entrega.*

## TABLA DE CONTENIDOS:

<b>ABREVIATURAS:</b> .....	1
<b>RESUMEN:</b> .....	2
<b>INTRODUCCIÓN:</b> .....	3
<b>MARCO TEÓRICO:</b> .....	6
¿Qué es el estigma?: .....	6
¿Qué es el Autoestigma?: .....	7
¿Porque la diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 es una condición estigmatizada?.....	9
Importancia y vacío de conocimiento: .....	11
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:</b> .....	15
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> .....	16
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> .....	16
Objetivo Específico N° 1:.....	16
Objetivo Específico N° 2:.....	16
Objetivo Específico N° 3:.....	17
<b>METODOLOGÍA:</b> .....	18
Tipo de diseño: .....	18
Población:.....	18
Universo: .....	19
Muestra:.....	19
Unidad de Análisis:.....	20
Variables:.....	20
Plan de análisis de datos:.....	21
Instrumento:.....	22
Criterios de Inclusión: .....	24
Criterios de Exclusión: .....	25
Limitaciones:.....	25
Aspectos Éticos: .....	26
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	30

I. Describir la muestra socio-demográficamente (edad, sexo, ocupación, nivel educacional) y según el tipo de tratamiento farmacológico, incluyendo tiempo de diagnóstico de la patología de los pacientes que padecen diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 que asisten al CESFAM “La Granja” .....	30
II. Describir la muestra de pacientes que padecen diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 según su nivel de autoestigma en relación con las dimensiones de la escala.....	35
III. Describir el nivel de autoestigma en pacientes que padecen de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 según variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, nivel educacional) y tratamiento farmacológico que utiliza, incluyendo el tiempo de diagnóstico de la patología: .....	39
<b>DISCUSIÓN:</b> .....	<b>46</b>
<b>CONCLUSIÓN:</b> .....	<b>51</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXOS:</b> .....	<b>58</b>
Anexo n° 1: “Flujograma de búsqueda” .....	58
Anexo n° 2” Autorización de publicación de tesis electrónica”.....	60
Anexo 3: “Plan de trabajo” .....	62
Anexo n° 4: “Instrumentos de investigación”: .....	66
Anexo n° 4.1: “Diabetes stigma assessment Scale (DSAS-2)”.....	66
Anexo n° 4.2: “Traducción de tabla diabetes stigma assesment Scale (DSAS-2)” .....	67
Anexo n° 4.3: “Encuesta sociodemográfica”:.....	70
Anexo n° 4.4:” Material entregable” .....	72
Anexo n° 5: “Consentimientos informados” .....	73
Anexo n° 5.1: Información para los participantes .....	73
Anexo n° 5.2: “Carta o documento de pre aprobación de institución donde se realizará la investigación” .....	78
Anexo n° 6: Otros .....	80
Anexo n°6.1 RESUMEN DE PAPERS SELECCIONADO: .....	80
Anexo n° 6.2: “A framework for understanding diabetes- related stigma”. 101	
Anexo n° 6.4: “Certificado título traductor” .....	120
Anexo n° 6.5 Autoevaluación .....	121

**ABREVIATURAS:**

- DSAS-2: Type 2 Diabetes stigma assessment Scale
- DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

## **RESUMEN:**

**Introducción:** El autoestigma es *“un proceso desadaptativo donde la persona acepta prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de su autoconcepto”* (Agudiez, 2017), concepto ligado a enfermedades crónicas y estigmatizadas como la diabetes *mellitus* tipo 2, generando consecuencias negativas para quienes sufren este fenómeno.

**Objetivo:** Conocer el nivel de autoestigma en pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 de acuerdo a “Type 2 Diabetes stigma assessment Scale (DSAS—2)” en personas mayores de 40 años que asisten al Cefam La Granja en el año 2019.

**Metodología:** El análisis es de tipo cuantitativo de corte transversal, descriptivo. La muestra es no probabilística por conveniencia, de 100 personas. El instrumento autoaplicado es la escala “Diabetes Stigma assessment Scale (DSAS-2)”. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 40 años con diabetes *mellitus* tipo 2 asistentes al CESFAM La Granja en tratamiento farmacológico con hipoglicemiantes orales o insulina. Criterio de exclusión: Personas con desconocimiento del idioma o discapacidades mentales que impidan responder la escala.

**Resultados:** Los pacientes con hipoglicemiantes orales tienen mayor nivel de autoestigma en comparación a quienes utilizan otros tratamientos farmacológicos. Con respecto a la ocupación y nivel de culpa asociado, se encuentra en mayor proporción en dueños de casa y trabajadores remunerados. Respecto al tiempo de diagnóstico y el nivel de autoestigma, es mayor en los que tienen más de un año de diagnóstico. El 56,2% de los entrevistados presentan alto nivel de culpa y juicio asociado a la patología.

**Palabras Claves:** *Autoestigma, diabetes mellitus 2, DSAS-2.*

## **INTRODUCCIÓN:**

En Chile, las enfermedades crónicas en los últimos años han presentado un aumento considerable; donde principalmente hasta noviembre del año 2017, la diabetes *mellitus* tipo 2 se ha transformado en una situación crítica en Salud Pública, presentando una prevalencia del 10-11% de la población nacional (MINSAL, 2017). Esta cifra colocaría a nuestro país en el segundo lugar de Sudamérica en prevalencia de esta patología (Sapunar, 2016).

Según la fundación “Chile Vive Sano”, al año 2020 cerca del 80% de la población tendrá exceso de peso y el 16% tendrá diabetes *mellitus* tipo 2, es decir, cerca de 2 millones 200 mil personas (Sapunar, 2016). A esta cifra, sumado al costo de tratar a los individuos que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 será de US \$ 200 millones anuales; es decir, esta es una enfermedad que genera altos costos al sistema de salud chileno.

La diabetes *mellitus*, ya sea, tipo 1 o 2, es una enfermedad crónica y silente, donde si no se da un tratamiento adecuadamente, presenta múltiples complicaciones tanto a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía), como microvascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica) (MINSAL, 2010). Además, esta patología está asociada a reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y eventos mórbidos, disminuyendo la calidad de vida y aumentando los costos en salud (MINSAL, 2010).

Uno de los factores determinantes, que ha sido estudiado en los últimos años, en cuanto a la adherencia al tratamiento en los individuos que padecen diabetes *mellitus* tipo 2, es el nivel de autoestigma; según un estudio realizado en Victoria, Australia el 19,3% de los sujetos presentan autoestigma asociado a la patología (J. L. Browne, Ventura, Mosely, & Speight, 2017). Se puede decir, que el autoestigma desarrollado en estos individuos, es cuando las personas internalizan las características negativas que se les atribuye por parte de la sociedad relacionadas a la diabetes *mellitus* tipo 2 como, por ejemplo, que estos individuos no se saben alimentar o producto de su estilo de vida desarrollaron la enfermedad; lo que les genera emociones negativas que favorecen la disminución de la adherencia a los tratamientos (Link & Phelan, 2001). Es por lo anterior, que se requieren de estrategias de enfrentamiento tanto físicas, psicológicas, sociales y espirituales para reducir el estigma, donde estas intervenciones deben estar interrelacionadas unas con otras (Kato et al., 2017).

Actualmente en Chile y Latinoamérica no existen suficientes estudios sobre el autoestigma en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 por lo que es necesario investigar al respecto; con la finalidad de dar énfasis en los procesos psicológicos de la patología, ya que, son factores condicionantes en la adherencia al tratamiento y la progresión de la enfermedad.

Es por lo anteriormente mencionado, que el propósito de la presente investigación corresponde a aportar a la mejora de los cuidados brindados a los pacientes que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2, que se atienden dentro del CESFAM “La Granja”, cuantificando el nivel de autoestigma que los usuarios presentan durante los meses de agosto a octubre del año 2019.

El presente informe continuará con el marco teórico, donde se explicará el problema a investigar, relevancia a nivel nacional e internacional, los vacíos de conocimiento y cómo este estudio se sustenta en un modelo teórico como es el de Corrigan (P. W. Corrigan, 2009). Posterior a esto, se expondrá la pregunta de investigación, su objetivo general y sus respectivos objetivos específicos. Continuando, se detallará la metodología y los aspectos éticos de la investigación, discusión y conclusiones pertinentes de la presente investigación. Finalmente se presenta un resumen de lo expuesto para culminar con los anexos.

## **MARCO TEÓRICO:**

En el presente marco teórico se describirá el problema a investigar, explicando la relevancia del tema a nivel país y en el área de enfermería propiamente tal, detallando el estado del arte y su vacío de conocimiento, explicitando el propósito de la investigación, además se adjunta en el anexo N°1 el flujograma de búsqueda junto con la tabla de resumen dentro del anexo N°6.1.

### **¿Qué es el estigma?:**

El estigma se describió por primera vez en 1963, por Goffman quien lo definió como un *“atributo que desacredita profundamente y que reduce al portador de una persona completa y habitual a una deshonrada y contaminada”* (Link & Phelan, 2001).

El concepto de estigma se puede abordar desde diferentes perspectivas: (i) el estigma grupal o social que es la sensación de ser estigmatizado, y por otro lado (ii) el estigma individual o autoestigma, en él, los miembros del grupo estigmatizado hacen propias las características negativas que se atribuyen socialmente a su grupo de pertenencia (S.J., Browne, J.L., Mosely, K. et al. Patient ,2013).

Frente a esto, Phelan y Link conceptualizan y definen el estigma como: *“el concepto que existe cuando elementos de etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación ocurren juntos en una situación de poder que*

*los permite*” (Link & Phelan, 2001). Pese a lo anterior, el modelo que se utiliza hasta hoy en día es el de Corrigan.

### **¿Qué es el Autoestigma?:**

Según el modelo de Corrigan, el concepto de autoestigma se define como *“la internalización por parte del grupo estigmatizado de características negativas atribuidas socialmente que se asocian a una característica diferenciadora”*, en este caso, lo es padecer diabetes *mellitus* tipo 2 (Corrigan, 2013). Esto a su vez, comprende tres etapas conocidas como las *“3 A del autoestigma”* (por su terminología en inglés) que son: conciencia, acuerdo y aplicación; esto ocurre cuando una persona tiene conciencia de tener una enfermedad, está de acuerdo con los estereotipos sociales sobre la patología y los aplica a su vida, desarrollando de esta forma el autoestigma, y con esto las consecuencias subyacentes sobre su salud y su vida en general (Corrigan, 2013).

Según Agudiez el autoestigma podría definirse como *“un proceso desadaptativo en el que la persona acepta prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de su autoconcepto”* (Drucker & Senge, 2000).

El estigma percibido, se refiere a la conciencia de estereotipos, para Phelan & Link los estereotipos son la creencia social que se posee de un grupo de individuos que presentan características en común, estas creencias en un alto porcentaje son negativas (Schneider, 2014); por ende, cuando un individuo

comprende y acepta los estereotipos que existen respecto a su condición, se habla de estigma percibido. También, se presenta la discriminación proveniente del estigma ejercido por el público (social), este surge de tres maneras: pérdida de oportunidades (por ejemplo, no ser contratado o rentado), coacción (una autoridad toma decisiones porque se cree que la persona no puede hacerlo) y segregación (separación del resto por presentar una característica diferenciadora). Tanto el estigma percibido, como el ejercido por la sociedad, son factores que pueden conducir a desarrollar un grado de autoestigma (Link & Phelan, 2001). En palabras simples, los individuos deben conocer los estereotipos existentes que describen a un grupo estigmatizado, estar de acuerdo con ellas y aplicar estos estereotipos o devaluaciones a su vida diaria, produciendo una sensación de vergüenza por el solo hecho de tener una condición en particular (Drucker & Senge, 2000).

Como se ha mencionado, el autoestigma se relaciona con resultados negativos para la salud, incluyendo una mayor angustia psicológica (Meyer, 1995; Quinn & Chaudoir, 2009), disminución de la salud mental (Enlace, 1987), disminución de bienestar (Mendoza-Denton et al., 2002), y el aumento de los síntomas de enfermedad física (E, Valerie; Quinn, D; Kalichman, S; Park, 2016).

### **¿Porque la diabetes *mellitus* tipo 2 es una condición estigmatizada?**

En las últimas dos décadas ha existido un interés creciente en los aspectos psicosociales vinculados a la diabetes *mellitus* tipo 2. Un estudio realizado en Suiza el año 2016, a un grupo de pacientes que padecen esta patología, demostró que los pacientes que presentaban mayor cantidad de estigma presentaron un nivel más alto de angustia, síntomas depresivos y menor apoyo social (John Wiley, 2016). Estos hallazgos sugieren que el estigma debe ser considerado como un predictor adicional de la calidad de vida de las personas con “discapacidad”, es decir, que a mayor estigma mayores serán las consecuencias tanto a nivel social como a nivel de salud (John Wiley, 2016). Junto con esto, se ha demostrado que las personas estigmatizadas dejan de asistir a los recintos de salud, ya que, “sienten ser la enfermedad”, por lo cual no perciben la necesidad de cambiar estilos de vida o adherir a sus tratamientos, llevando como consecuencia el abandono de este (J.L Browne, Ventura, Mosely, & Speight, 2014).

También se ha evidenciado, que el grado de estigma varía de acuerdo al tratamiento farmacológico utilizado, por ejemplo, los pacientes refieren que al momento de administrarse las inyecciones de insulina las personas pensaban que estas se estaban drogando, o si presentaban episodios de hipoglicemia se les trataba de borrachos, en cambio pacientes que se encuentran con tratamiento de hipoglicemiantes orales no percibían este prejuicio, ya que, socialmente

tomarse un medicamento vía oral, no genera ninguna interrupción social (Kato et al., 2017).

En la literatura, se describe diferentes tipos de estigma, dentro de ellos: el estigma social asociado a la enfermedad; la culpa, donde gran porcentaje de los participantes refirieron ser acusado por otros, en especial por profesionales de la salud, de ser responsables de su condición, sobre todo cuando el paciente no estaba manejando adecuadamente sus niveles de glicemia, consumía alimentos azucarados o sufría de episodios de hipoglicemia, tildándolos de irresponsables todo el tiempo (J.L Browne et al., 2014).

Es por todo lo anterior que, el estigma asociado a una enfermedad crónica, la marca o atributo es el diagnóstico de la enfermedad, con este diagnóstico una persona cambia de “normal” a “desacreditada” (Earnshaw,V.;Quinn,D.; Kalichman, S.; Park, 2016). Una vez, que los individuos aceptan esta característica “desacreditadora”, surge el efecto “por qué intentar”; en palabras simples este efecto es cuando las personas internalizan los estereotipos públicos sobre la patología, con lo cual experimentan una pérdida de autoestima y autoeficacia, produciendo en los individuos una interiorización de actitudes que reflejan la devaluación y la discriminación, secundario a su estado de salud (Earnshaw,V.;Quinn,D.; Kalichman, S.; Park, 2016).La devaluación se describe como la conciencia de que el público no acepta a la persona con enfermedad.

El autoestigma se caracteriza por culpa, sensación de exclusión, rechazo, auto discriminación, reacciones emocionales negativas, autoaislamiento. Todo esto conlleva una disminución en el uso de los servicios sanitarios, y por consiguiente peores resultados de salud y mala calidad de vida (Browne JL, et al. 2014.). Además, el autoestigma, afecta de forma negativa las conductas de autocuidado en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, siendo más susceptibles a que su enfermedad progrese de forma perjudicial (Kato et al., 2017). Es por esto, que se requieren estrategias de enfrentamiento físicas, psicológicas, sociales y espirituales para reducir el estigma, donde estas estrategias deben estar interrelacionadas. Por lo mencionado anteriormente que es importante que las enfermeras evalúen a los pacientes desde diversos puntos de vista, ya sea, clínico, social, incluyendo su percepción de autoestigma (Kato et al., 2017).

### **Importancia y vacío de conocimiento:**

Actualmente en Chile y Latinoamérica, no hay suficientes estudios sobre el autoestigma asociado a patologías crónicas, en especial en lo que respecta a la diabetes *mellitus* tipo 2. La mayor cantidad de literatura existente es de países como Australia, China y Japón, que se caracterizan por ser culturalmente distintos a los latinoamericanos, debido a esto es probable que puedan existir diferencias en los resultados obtenidos. Además, en dichos estudios de índole cualitativo se basan en las consecuencias que genera el estigma, tanto para el desarrollo de sus vidas como para el acceso en salud, por medio de resultados

en base a literatura empírica, más que en describir la percepción que los propios pacientes refieren tener sobre su patología (Link & Phelan, 2001).

La falta de estudios en Chile con respecto al estigma tendría relación con el control de las patologías crónicas, centrado en mantener la enfermedad compensada desde el punto de vista biomédico, más que un enfoque psicosocial de las patologías.

Es por todo lo anteriormente mencionado, que es de suma importancia conocer el autoestigma de los pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2, ya que, según la literatura expuesta, es un condicionante en el tratamiento y autocuidado de estos pacientes. Asimismo, la diabetes *mellitus* tipo 2 al ser una patología de alto costo sanitario, donde Chile gastó 21.200 millones de dólares en asistencia sanitaria el 2014, de los cuales 10,2% fue destinado a diabetes *mellitus* tipo 2, lo que significa un promedio de 1.427 dólares por persona diabética por año (Z, 2016), y considerando que la prevalencia es entre el 10- 11% de la población nacional, es que su control se encuentra dentro de las metas sanitarias 2010-2020 del país (Minsal,2011).

Desde el rol de enfermería, es fundamental aplicar un enfoque biopsicosocial a estos pacientes, ya que, tratar el autoestigma mejorará las habilidades de afrontamiento con la finalidad de favorecer la adherencia al tratamiento, evitando

complicaciones y alteraciones de bienestar, tanto físico como mental. Por lo que es fundamental la educación en enfermería; de esta manera se les hará internalizar a los pacientes que no deben sentirse la enfermedad, con el objetivo de que el hecho de presentar diabetes *mellitus* tipo 2, no altere el curso y calidad de sus vidas de forma negativa.

El propósito de la investigación es aportar con evidencia científica que pueda contribuir a la mejora de los cuidados brindados a los pacientes que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2 mayores de 40 años que se atienden en el CESFAM “La Granja”, durante el período de agosto a octubre del año 2019. Dentro de la población a estudiar se considera a los pacientes de cuarenta años en adelante, ya que, según cifras nacionales, es donde hay una mayor prevalencia de diabetes *mellitus* tipo 2, alcanzando 90 y el 95% de los casos (Minsal, 2017).

Una de las formas de medir el autoestigma es a través de la escala DSAS-2 (Anexo n° 4), la cual se subdivide en tres dimensiones, donde la primera se titula “tratados diferentes”, la segunda “culpa y juicio”; la última “autoestigma”, donde se detallan las características definitorias del autoestigma, detalladas anteriormente en este informe (Drucker & Senge, 2000).

Para realizar dicha investigación la búsqueda se basó en Pubmed y Web of Science, encontrándose todo detallado en el Anexo n° 1. Junto con en cada

documento encontrado y utilizado dentro de la investigación se realizó una síntesis de los estudios según “Bruns and Grove” (anexo N°6.1).

En conclusión según la evidencia revisada y expuesta en la presente investigación, señala que las personas que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2, muchas veces sufren de autoestigma, es decir, sienten que la sociedad los rechaza o los tilda de culpables por tener esta patología, y junto con esto, ellos mismo internalizan estas creencias y se autodiscriminan, teniendo como consecuencia, que no asistan a sus controles de salud, no adhieran adecuadamente a su tratamiento y finalmente su enfermedad se descompense, deteriorando de forma importante su calidad de vida. Sin embargo, en Chile no existe ningún tipo de estudio respecto al tema.

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es el nivel de autoestigma en pacientes mayores de 40 años que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2 que asisten al Cesfam La Granja, de la Región Metropolitana durante el periodo de agosto a octubre del año 2019?

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer el nivel de autoestigma en pacientes mayores de 40 años que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 de acuerdo a Type 2 Diabetes stigma assessment Scale (DSAS-2), que asisten al CESFAM “La Granja”, de la Región Metropolitana durante el periodo de agosto a octubre del año 2019.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

#### **Objetivo Específico N° 1:**

Describir la muestra socio-demográficamente (edad, sexo, ocupación, nivel educacional) y según el tipo de tratamiento farmacológico incluyendo tiempo de diagnóstico de la patología de los pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 que asisten al CESFAM “La Granja”.

#### **Objetivo Específico N° 2:**

Describir el nivel de autoestigma de los pacientes mayores de 40 años que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 en relación con las siguientes dimensiones: ser tratados de forma diferente, sentir culpa o juicio y el autoestigma.

**Objetivo Específico N° 3:**

Describir el nivel de autoestigma en pacientes que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2 mayores de 40 años según variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, nivel educacional), tratamiento farmacológico utilizado y tiempo de diagnóstico de la patología.

## **METODOLOGÍA:**

### **Tipo de diseño:**

El diseño del presente informe de investigación es de tipo cuantitativo de corte transversal, observacional, descriptivo, es decir, el estudio, al ser transversal, los datos de cada uno de los sujetos de estudio representarán un momento del tiempo. Por otro lado, las variables, se miden de forma simultánea. Además, solo se limitará a la observación y descripción de la situación de interés, como lo son los problemas en relación a la patología (adherencia al tratamiento) y el nivel de autoestigma de la persona en un momento determinado, en este caso, durante agosto a octubre del año 2019, es decir, al momento de tener contacto con el sujeto en estudio se aplicará la escala de evaluación (Anexo n° 4) por lo cual en el presente estudio no se busca generar causalidad de la temática a estudiar, sino únicamente la descripción del nivel de autoestigma en la población seleccionada.

### **Población:**

Pacientes que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2 mayores de 40 años, que asisten al CESFAM “La Granja” durante el periodo de agosto a octubre del año 2019.

**Universo:**

Pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 o acompañantes de estos, que también padezcan de diabetes *mellitus* tipo 2 que asistan entre agosto y octubre del año 2019, al CESFAM “La Granja”.

**Muestra:**

La muestra se obtendrá de forma no probabilística, ya que, será por conveniencia. Esta abarcará a 100 individuos que asistan al CESFAM “La Granja” donde se llevará a cabo la recolección de datos durante los meses de agosto a octubre del año 2019. Se incluirán tanto a los pacientes como a sus acompañantes, de tal forma que se pueda tener una muestra representativa y de diversidad sociodemográfica para la presente investigación.

Para la obtención de la muestra, el equipo de investigación instalará un stand en la sala de espera del CESFAM “La Granja” para invitar a los pacientes que padezcan diabetes *mellitus* tipo 2 a realizarse un control de su glicemia, el stand dirá: *“Si usted es mayor de 40 años y presenta diabetes mellitus tipo 2, controle su glicemia aquí”*, por ende, a cada paciente que se acerque, se le realizará un hemoglucotest de control, mediante se realice el procedimiento, se les explicará la finalidad de la investigación y se le invitará a participar del estudio, se resolverán sus dudas y se firmará el consentimiento informado, que se encuentra descrito en el anexo n° 5 del presente informe; una vez firmado el documento que acredite su participación voluntaria en la investigación, se le aplicará la encuesta

sociodemográfica que también se encuentra en forma detallada en el Anexo n° 4.3, una vez finalizada se procederá a que el usuario rellene el formulario autoaplicable (DSAS-“) para así conocer su nivel de autoestigma, finalizando con la entrega de un tríptico informativo.

De esta forma, los pacientes se verán beneficiados, ya que, podrán saber cuál es su nivel de glicemia durante ese momento, para así poder ser derivados en caso de ser necesario, junto con esto a cada sujeto que participe se le entregará un folleto informativo sobre la diabetes *mellitus* tipo 2 (Anexo número 4.4).

**Unidad de Análisis:**

Pacientes mayores de 40 años con diabetes *mellitus* tipo 2 que asistan al CESFAM “La Granja”.

**Variables:**

Las variables del estudio se dividen en primarias y secundarias. Dentro de las primarias se encuentran: el nivel de autoestigma según la DSAS-2 con todas sus dimensiones e ítems. Por otro lado, dentro de las variables secundarias están: características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación y nivel educacional), considerando el tratamiento farmacológico utilizado y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la patología.

Todas las variables se encuentran detalladas con su definición y operacionalización en el Anexo n° 6.3.

**Plan de análisis de datos:**

En esta investigación se medirá el nivel de autoestigma en personas que asistan al CESFAM “La Granja” que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 y que acepten participar en la presente investigación, entre los meses de agosto a octubre del año 2019, mediante la aplicación de DSAS-2 (J. L. Browne et al., 2017), que se encuentra en el Anexo n° 4. Esta escala se encuentra compuesta por variables del tipo cuantitativas para las dimensiones y variables de tipo cualitativa para cada ítem de la tabla a aplicar. Por otro lado, las variables secundarias, características sociodemográficas, son del tipo cualitativa.

A partir de los datos obtenidos, se confeccionará una base de datos que contendrá las variables asociadas a la escala, así como también de las variables secundarias. Para las variables de tipo cuantitativa (estas son las que se encuentran en el instrumento DSAS-2), se considerarán medidas de tendencia central (moda, media y mediana).

Para las variables de tipo cualitativa (las cuales se encuentran detallado en la escala sociodemográfica) se le aplicará tablas de frecuencia absoluta tanto univariadas como bivariadas.

Finalmente se construirán tablas univariadas para describir cada dimensión del instrumento aplicado. Además, se utilizarán tablas de contingencia considerando las variables de tipos cualitativas y cuantitativas secundarias, dentro de estas variables están: características sociodemográficas (edad, sexo, tratamiento farmacológico utilizado, ocupación, nivel educacional y tiempo transcurrido desde el diagnóstico).

Se confeccionarán 3 tablas de contingencia entre el nivel de autoestigma y la ocupación, el nivel de autoestigma y el tratamiento farmacológico utilizado, para finalmente confeccionar una entre el tiempo de diagnóstico de la patología y el nivel de autoestigma. Con el fin de describir las características detalladas en las variables y el nivel de autoestigma encontrado en la población en estudio. Las variables fueron elegidas en base a la literatura revisada, para la presente investigación.

**Instrumento:**

El instrumento que se utilizará es la escala “Diabetes Stigma assessment Scale (DSAS-2)” (Anexo n° 4), la cual a través de una serie de afirmaciones mide el nivel de autoestigma en los pacientes; es de autoaplicación. Esta consiste en 3 dimensiones. La primera dimensión: “*Tratado diferente*” se compone de 6 ítems, los cuales se ponen en manifiestos situaciones en donde han recibido un trato diferencial por el hecho de tener diabetes *mellitus* tipo 2; la segunda

dimensión: “*Culpa y juicio*” se compone de 7 ítems, en estos ítems se reflejan situaciones y sensaciones que las personas se han sentido avergonzadas por la patología que tienen y la tercera : “*Autoestigma*” que está formada por 6 ítems, en los cuales se demuestran en forma clara el grado de autoestigma que puede llegar a desarrollar o tener por el solo hecho de tener diabetes *mellitus* tipo 2.

Cada uno de estos ítems son afirmaciones que contienen 5 opciones de respuesta y estas son: “muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “indeciso”, “de acuerdo”, y finalmente “muy de acuerdo”, estas afirmaciones van del 1- 5, siendo 1 “muy desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”. Por lo cual el puntaje máximo que se puede obtener en esta escala 95 puntos, que se considera el nivel más alto de autoestigma y el puntaje mínimo a obtener 19 puntos que se considera que no presenta ningún grado de autoestigma.

Esta escala fue validada en diciembre del año 2016 por el paper “Measuring the Stigma Surrounding Type 2 Diabetes: Development and Validation of the Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale (DSAS-2)” (J. L. Browne et al., 2017) el cual fue publicado en la American Diabetes Association. Sin embargo, en el documento no se menciona el grado de confiabilidad del instrumento, pero al ser aceptada y publicada por la asociación mencionada anteriormente, creemos, que le otorga al instrumento un grado de confiabilidad para la aplicación. Es por ello, que los resultados obtenidos utilizando dicha escala serían de confianza y validez

para poder interpretar la presencia de autoestigma asociada a diabetes *mellitus* tipo 2 en la muestra de estudio.

Esta tabla no ha sido adaptada para la población chilena, ya que, su idioma de origen es en inglés, y sólo se ha implementado a nivel internacional, por lo que, para este estudio se ha traducido por una de las autoras y retraducida por Leyla Isabel Soto Parra, RUT: 13064255-1, Traductora Inglés- Alemán al Español (Pontificia Universidad Católica, 2000) y Licenciada en Pedagogía en Inglés para Educación Media (Pontificia Universidad Católica, 2006), encontrándose en el anexo n° 6.4.

Además, se les aplicara una encuesta sociodemográfica, formada por las autoras de la presente investigación, con el objetivo de caracterizar a la población participante. Esta encuesta incluye la edad, ocupación, nivel educacional, tiempo desde el diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 y tipo de tratamiento farmacológico (Anexo N°4.3).

**Criterios de Inclusión:**

- Personas que sean mayores de 40 años, que refieran haber sido diagnosticados con diabetes *mellitus* tipo 2 que asistan al CESFAM La Granja.
- Personas mayores de 40 años, que estén en tratamiento farmacológico con hipoglicemiantes, tanto oral como subcutáneo.

**Criterios de Exclusión:**

- Personas que no conozcan el idioma o con discapacidades mentales que impidan responder la escala.

**Limitaciones:**

Como principal limitación de este estudio se encuentra que la muestra utilizada es a conveniencia y que la recolección de los datos se realizará en un recinto primario de salud, por lo cual, y según la bibliografía revisada esta muestra debería tener un menor grado de autoestigma, en comparación a los no consultantes del servicio de salud. Además, al no existir estudios en Latinoamérica o en Chile específicamente, las poblaciones estudiadas respecto a la chilena pueden ser muy diferentes lo cual limita la comparación con la bibliografía internacional.

Dentro de las limitaciones que presenta el instrumento a utilizar, está que solo posee una versión en inglés y que para este estudio se realizará una traducción simple y evaluación por la experta Leyla Soto Parra titulada como profesora de inglés en educación media, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ella evaluará la gramática y comprensión de la tabla traducida al español. Además, el instrumento no ha sido utilizado en un país de habla hispana y no cuenta con validación en Chile.

### **Aspectos Éticos:**

Este proyecto de investigación se presentó al Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo el primer semestre del año 2019, el cual fue aprobado.

En la República de Chile el año 2006 se crea la Ley 20.120 que habla sobre la investigación científica en el humano, donde el artículo 9 explícita que solo se podrá investigar si se cuenta con consentimiento previo e informado, a esto se le suma que el artículo 11 exige la firma de este, por otro lado, el artículo 1 explicita que toda información de un ser es reservada, y el artículo 13 protege los datos personales.

Por otro lado, la Ley 20.584 publicada en octubre del año 2012 habla sobre los derechos y deberes que tienen las personas relacionadas con acciones vinculadas en su atención de salud, donde el párrafo 5 explicita la reserva de la información contenida en la ficha clínica.

Además de esto se considerarán los 7 requisitos éticos propuestos por Emanuel. Se presentará consentimiento informado (Anexo número 5) justificado por el principio de respeto a las personas y sus decisiones autónomas. Junto con esto, el respeto por los sujetos inscritos justificados por el principio beneficencia y el del respeto por la autonomía, ya que, se asegurará que el sujeto tendrá derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, y se garantizará la protección a la confidencialidad, demás se informará acerca de riesgos y beneficios junto con los resultados de la investigación. También se realizará una evaluación

independiente, para evitar conflicto de intereses y garantizar que el estudio se encuentra dentro de lineamientos legales. Habrá una proporción favorable de riesgo beneficio basado en el principio de beneficencia y no maleficencia, donde existirán medidas de protección de sujetos vulnerables evitando discriminación y los riesgos potenciales a los sujetos del estudio se minimizarán, cuidando que el riesgo no sea superior al mínimo. Por otro lado, existirá una selección equitativa del sujeto, basándose en el principio de equidad distributiva, ya que, se seleccionarán grupos específicos relacionados con la pregunta de investigación. Con respecto a la validez científica, se busca alcanzar conclusiones que sean válidas y extrapolables a la población general, con la menor exposición posible de los sujetos, y el cual presente un diseño, objetivos y metodología de investigación, además de asegurar que la publicación de la investigación sea veraz, consistente y justa.

Finalmente, el valor, donde se emitirán juicios sobre la importancia social y clínica de la investigación, para generar intervenciones que mejoren la salud, el bienestar y conocimientos.

En cuanto a la confidencialidad de datos que fueron recolectados se utilizó un código numerado de consentimientos informados, encuestas sociodemográficas y escala aplicada con el objetivo de resguardar la identificación de los pacientes, además de esto dichos documentos se guardarán en la facultad de Enfermería

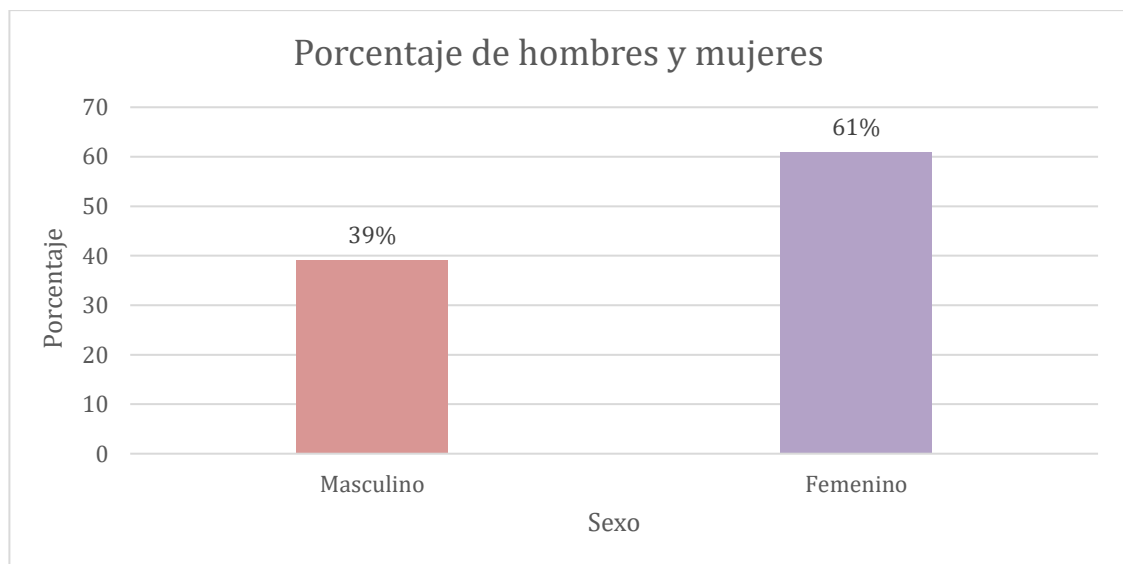
una vez presentada la investigación en diciembre del año 2019, donde por 5 años se guardarán bajo llave, donde nadie podrá tener acceso a esta información.



## ANÁLISIS DE RESULTADOS

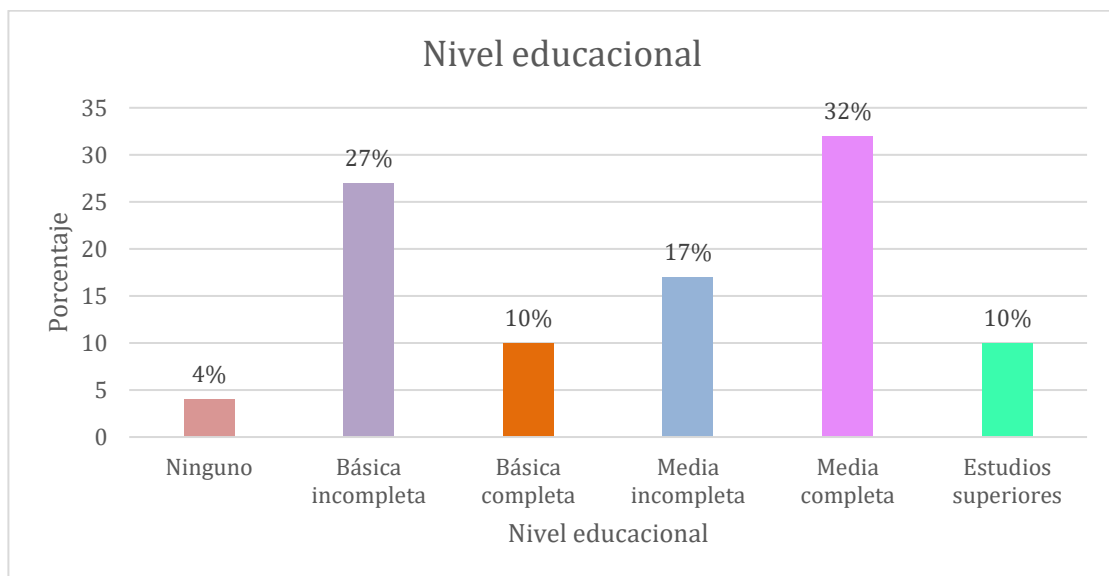
Los datos expuestos a continuación corresponden a 100 encuestas, que las investigadoras han aplicado a la población en estudio, en el CESFAM “La Granja”, durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2019.

- I. Describir la muestra socio-demográficamente (edad, sexo, ocupación, nivel educacional) y según el tipo de tratamiento farmacológico, incluyendo tiempo de diagnóstico de la patología de los pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 que asisten al CESFAM “La Granja”

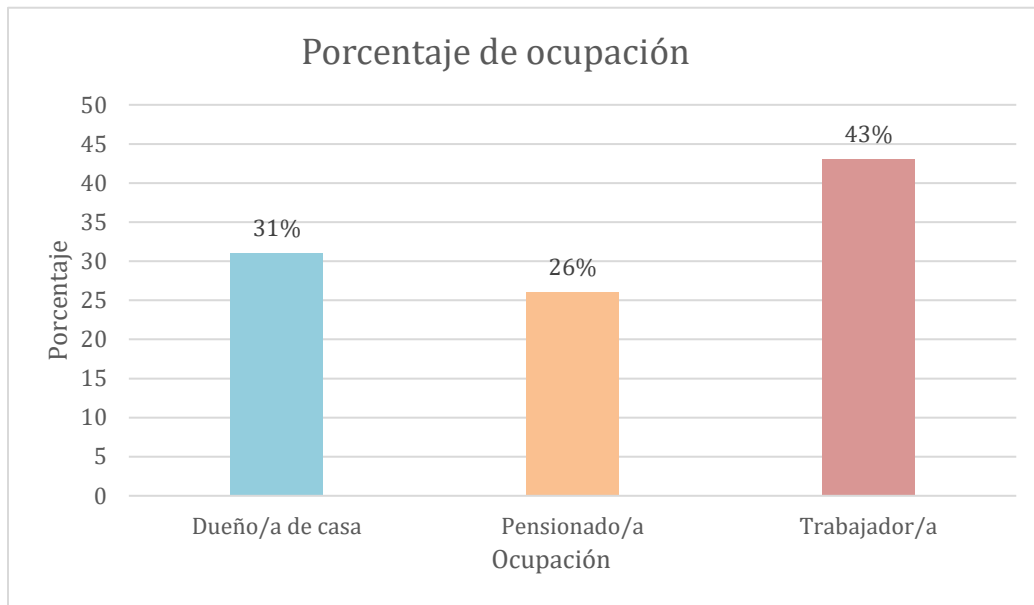


Para iniciar, se describirá socio demográficamente a la población; donde el 39% corresponde al sexo masculino y el 61% al sexo femenino de una muestra total de 100 individuos. La edad promedio de los encuestados 61,5 años, siendo los 63 años lo que se presenta en mayor frecuencia.

En relación al nivel de educación de la población estudiada, el 4% no presenta ningún tipo de estudio, 27% presenta educación básica incompleta, 10% de los individuos tiene educación básica completa, 17% enseñanza media incompleta y el 32% enseñanza media completa, el 10% de esta población presenta estudios superiores, como se presenta en el siguiente gráfico.

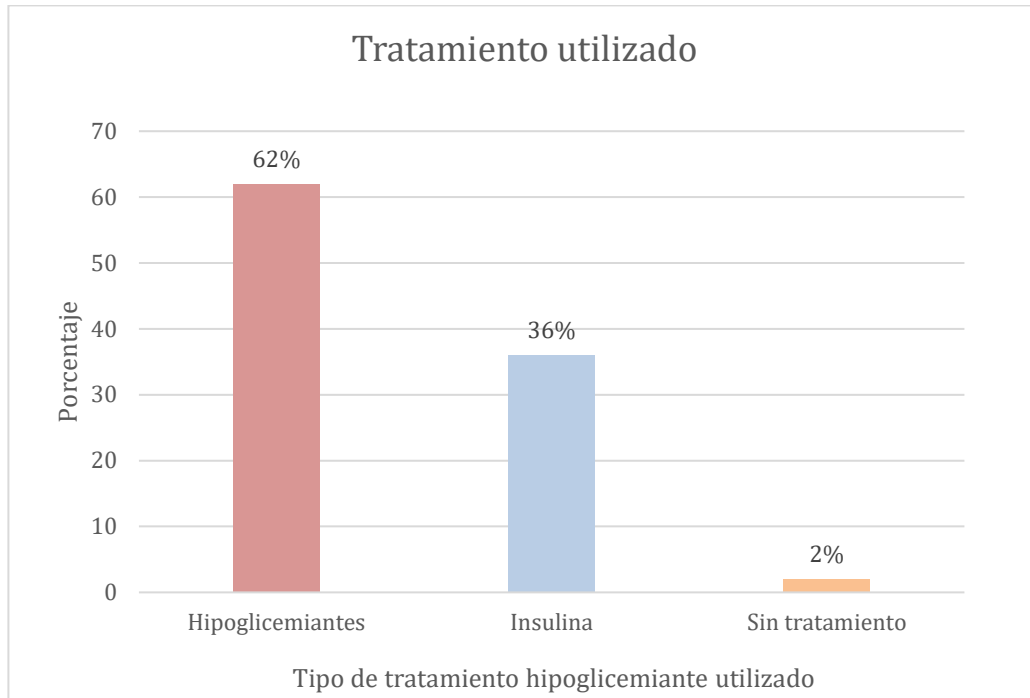


En tanto en relación con la ocupación, el 31% es dueña/o de casa, el 26% pensionado y el 43% trabaja de forma remunerada, lo cual se puede observar a continuación.

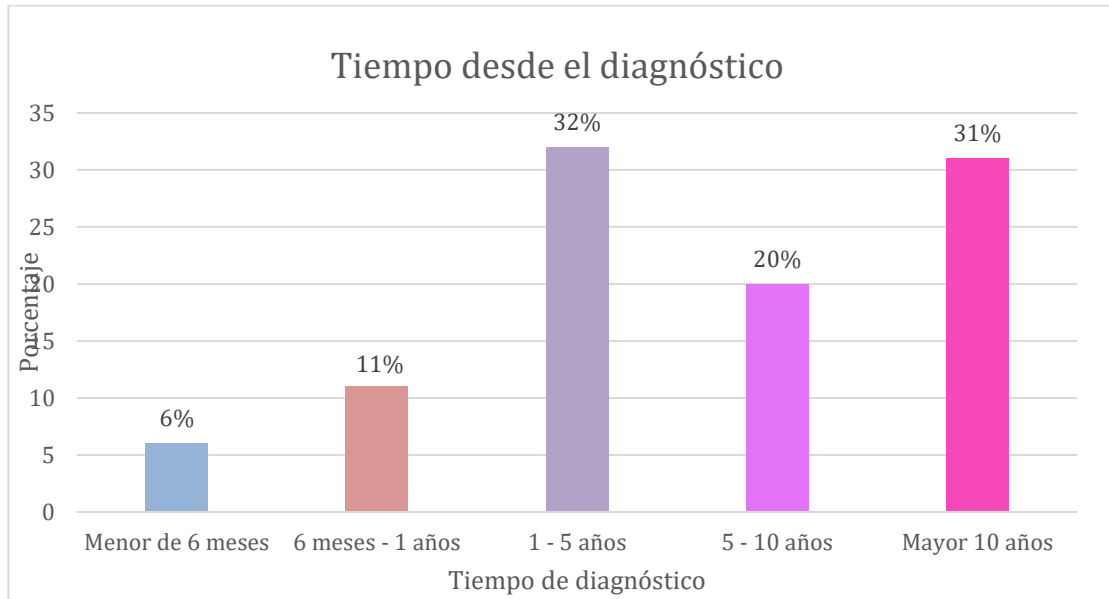


Además, de la descripción sociodemográfica, para caracterizar a esta población en estudio se describió el tiempo de diagnóstico de la patología y el tipo de tratamiento farmacológico utilizado.

Dentro de los fármacos utilizados casi el 62% correspondían a fármacos hipoglicemiantes de tipo oral, un 36% utilizan insulina como principal tratamiento, y un 2% se encuentran sin tratamiento para su enfermedad. Lo cual se representa en el siguiente gráfico:



Por otro lado, en los años transcurridos del diagnóstico el mayor porcentaje se encuentra entre los 12 meses y 5 años, correspondiendo al 32% del total de los encuestados, lo sigue mayor a 10 años con un 31%. Los menores porcentajes se encuentran en aquellos con menos de 6 meses de transcurrido el diagnóstico con un 6%, entre los 6 meses y 1 año un 11% y finalmente entre los 5 a 10 años con un porcentaje de 20% del total. Información que se expone a continuación por medio del siguiente gráfico:



De acuerdo con los datos recopilados y expuestos anteriormente, las características de la muestra en relación a los factores sociodemográficos, tratamiento farmacológico y tiempo de diagnóstico correspondientes se evidencian que el mayor porcentaje de los encuestados correspondían a población femenina, representando un 61%. La edad promedio es de 61.5 años y la moda es de 63 años. Cercano a la mitad de los participantes poseen un trabajo remunerado, y un 32% presenta enseñanza media completa. Además, destaca que el tratamiento de mayor uso son los hipoglicemiantes orales, seguido por el tratamiento con insulina, además, la mayoría de los encuestados presentan un tiempo de diagnóstico de la patología entre los 12 meses y 5 años.

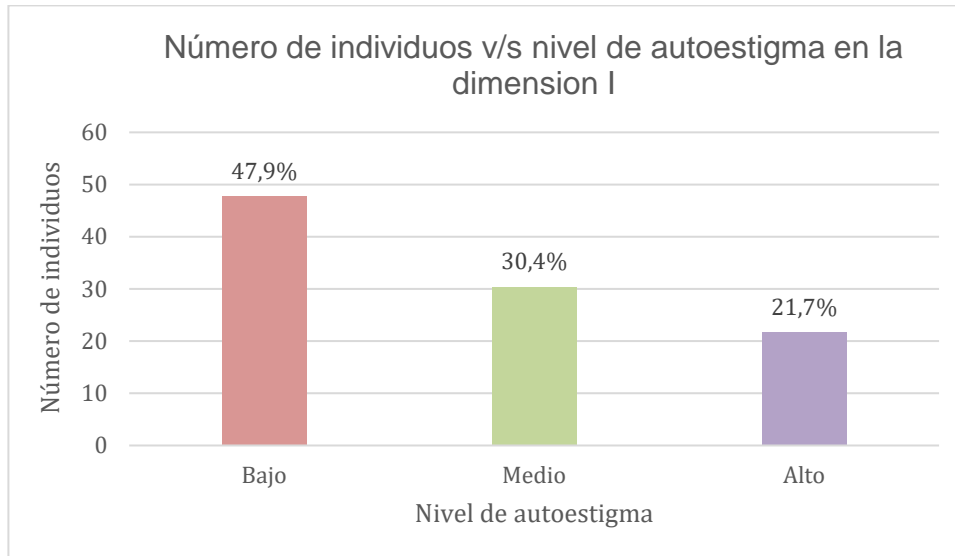
- II. Describir la muestra de pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 según su nivel de autoestigma en relación con las dimensiones de la escala.

Para el análisis de las dimensiones del instrumento utilizado, se utilizó la clasificación según puntajes de corte, los cuales se detallan en la siguiente tabla:

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
1 – 10 puntos	Bajo nivel de autoestigma
11 – 20 puntos	Moderado nivel de autoestigma
Mayor o igual a 21 puntos	Alto nivel de autoestigma

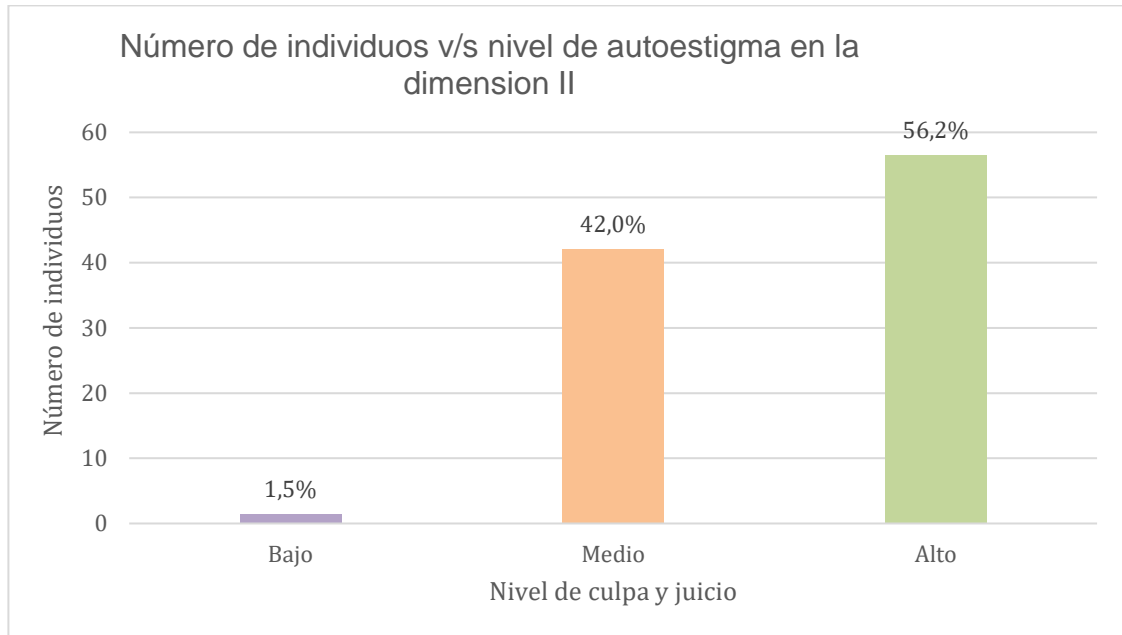
De acuerdo con la dimensión descrita es el nivel que presentan, por ejemplo, bajo nivel de tratados diferentes. Además, cada dimensión cuenta con un puntaje máximo, donde siendo la primera dimensión el máximo de 30 puntos, la segunda de 35 puntos y la tercera de 30 puntos.

1. Tratados diferentes: en este ámbito la escala evalúa la sensación de separación y discriminación que sienten los individuos que padecen diabetes *mellitus* tipo 2, tanto en su vida laboral como individual.



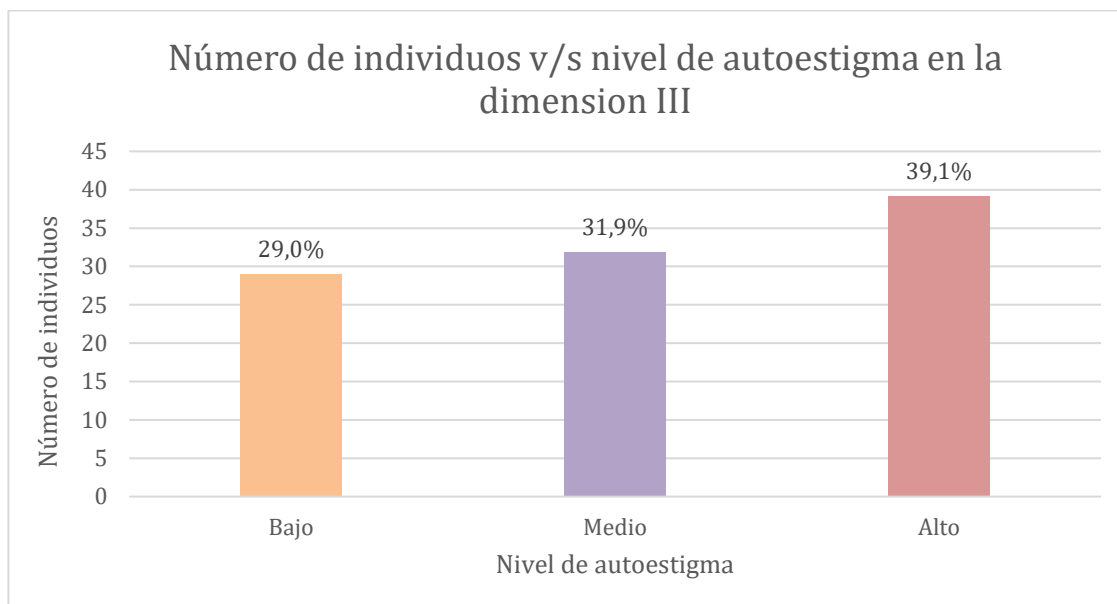
Por medio del siguiente gráfico se puede analizar que el 47.9% de los individuos tiene un bajo nivel de autoestigma en la primera dimensión del instrumento “tratados diferentes”, un 30.4% tiene un nivel medio y un 21.7% posee un alto nivel de autoestigma. Según esto, se puede concluir que en la presente dimensión el mayor porcentaje de los individuos del estudio no asocian el hecho de padecer diabetes *mellitus* tipo 2 con sentirse tratados de forma diferente.

2. Culpa y juicio: en esta dimensión se exponen diversas situaciones en donde los han hecho sentir que son culpables de la condición de salud que presentan.



El puntaje máximo que se puede obtener en esta dimensión es de 35 puntos. En esta dimensión “Culpa y juicio” un 56.2% de los entrevistados presentan un alto nivel de culpa y juicio asociado a su patología, es decir, más de la mitad de los encuestados se sienten en un alto grado culpables por su enfermedad y enjuiciado por otros. Luego un 42.0% siente un nivel medio, y finalmente solo un 1.5% siente un bajo nivel de culpa y juicio.

3. Autoestigma: en esta dimensión reúne la gran mayoría de los tópicos evaluados en los ámbitos anteriores, los que destacan principalmente el sentimiento de culpa y la vergüenza social.



En el caso de la dimensión “Autoestigma” el puntaje máximo que se puede obtener es de 30 puntos. Dicha dimensión mide el autoestigma como tal, y por medio de gráfico se puede observar una distribución homogénea entre los niveles “bajo”, “medio” y “alto”, presentando un porcentaje mayor en un alto nivel de autoestigma asociado a la diabetes *mellitus* tipo 2 con un 39,1%.

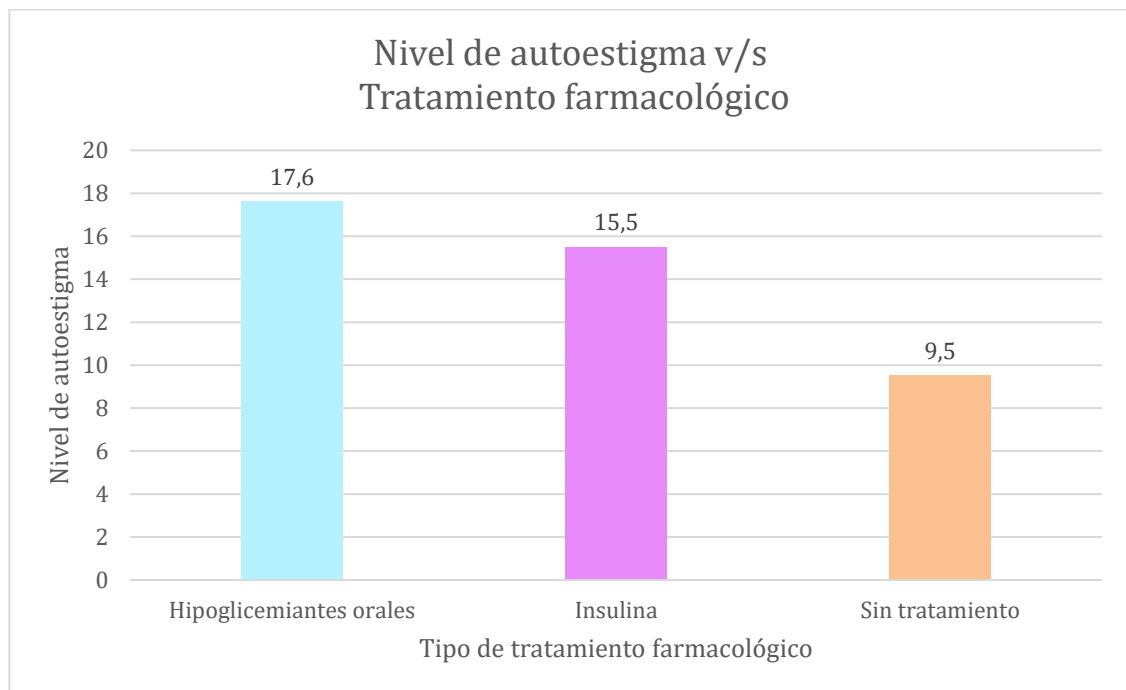
De los datos expuestos anteriormente, se puede inferir que la población en estudio no asocia la diabetes *mellitus* tipo 2 al recibir un trato diferente por la sociedad; sin embargo, en un alto porcentaje está de acuerdo en que si se siente culpa y vergüenza por padecer esta patología. Por otro lado, los niveles de

autoestigma son muy homogéneos, pero a pesar de esto de igual forma se pudo apreciar un aumento en el nivel alto de autoestigma de la población en estudio.

- III. Describir el nivel de autoestigma en pacientes que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2 según variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, nivel educacional) y tratamiento farmacológico que utiliza, incluyendo el tiempo de diagnóstico de la patología:

#### Nivel y Tratamiento farmacológico

Para analizar esta variable, se tomarán todas las afirmaciones que la dimensión autoestigma, para ser analizadas por tipo de tratamiento farmacológico utilizado.

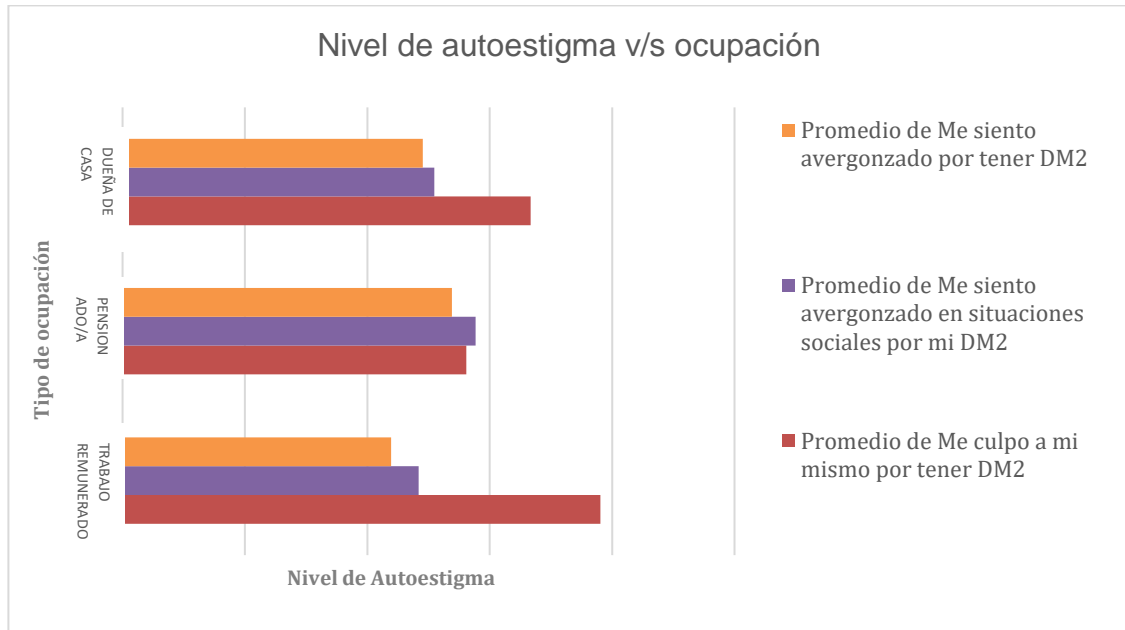


En relación con el siguiente gráfico que expone el nivel de autoestigma relacionado con el tratamiento farmacológico, se puede evidenciar que existe un

mayor grado de autoestigma en quienes utilizan hipoglicemiantes orales como tratamiento de base para la patología con 17,6 puntos en promedio, lo que demuestra un grado de autoestigma moderado, seguido por quienes utilizan insulina, también con un grado moderado de autoestigma con 15,5 puntos en promedio. En cuanto a quienes no presentan tratamiento presentan 9,5 puntos, lo que indica un nivel de autoestigma bajo. Cabe mencionar que en Chile el principal tratamiento para el manejo de los diabéticos son los hipoglicemiantes orales, es por esto que, puede existir una diferencia en relación al uso de la insulina y lo descrito por la literatura.

#### Nivel de Autoestigma y ocupación

Para evaluar el nivel de autoestigma con la ocupación, se eligió solo dos afirmaciones dentro de la dimensión de Autoestigma del instrumento DSAS-2, ya que según la literatura la vergüenza y la culpa se ejerce cuando hay separación social, por lo cual los individuos que trabajan serían los que presentarían más altos niveles de culpa y vergüenza.

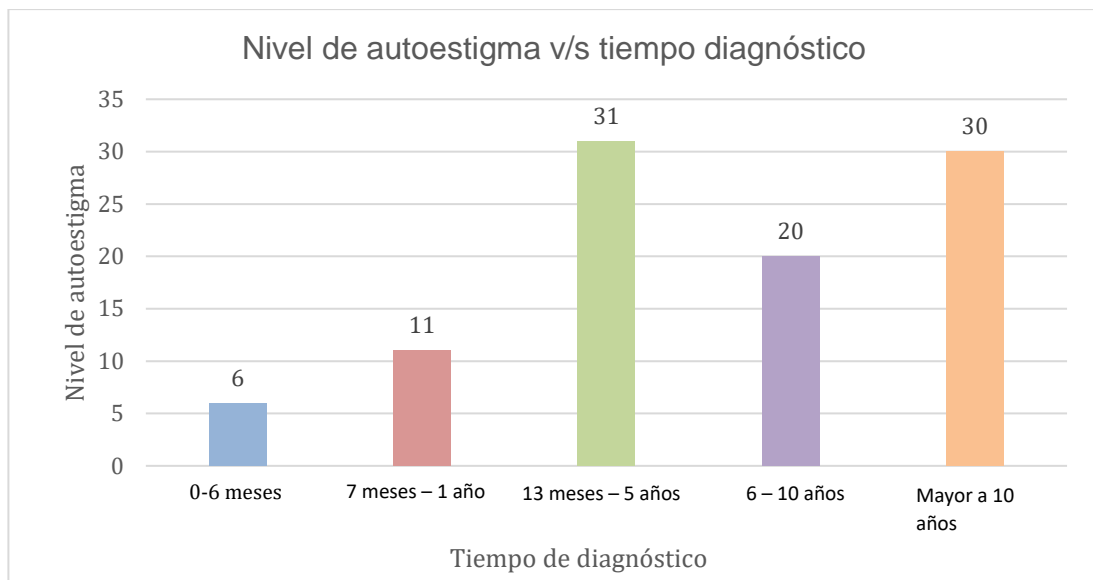


En el siguiente gráfico se detalla las ocupaciones versus el promedio de individuos que están de acuerdo con las afirmaciones señaladas, de acuerdo con la dimensión de autoestigma del instrumento utilizado. Se puede distinguir claramente que en los que trabajan remuneradamente están más de acuerdo en que son culpables de su patología, sin embargo, la vergüenza se presenta más en los individuos pensionados, con lo cual podría discrepar en cierto punto con lo expuesto en la literatura.

### Nivel de Autoestigma y tiempo de diagnóstico

En la literatura revisada para el presente trabajo se detalla que con el tiempo es mayor el nivel de autoestigma que se puede llegar a desarrollar, si la “característica diferenciadora” genera altos niveles de separación tanto en la vida

social como individual (Phlelan & Link, 2001). Por lo cual, para analizar esta variable se tomó el nivel total de autoestigma por cada individuo, considerando 30 puntos como el máximo en comparación los años de diagnóstico de la patología.



Al realizar el análisis del gráfico es posible evidenciar un mayor nivel de autoestigma en dos periodos desde transcurrido el diagnóstico, destacando mayor a 10 años y teniendo su pick entre los 13 meses y los 5 años desde el diagnóstico con un puntaje total de 31 puntos.

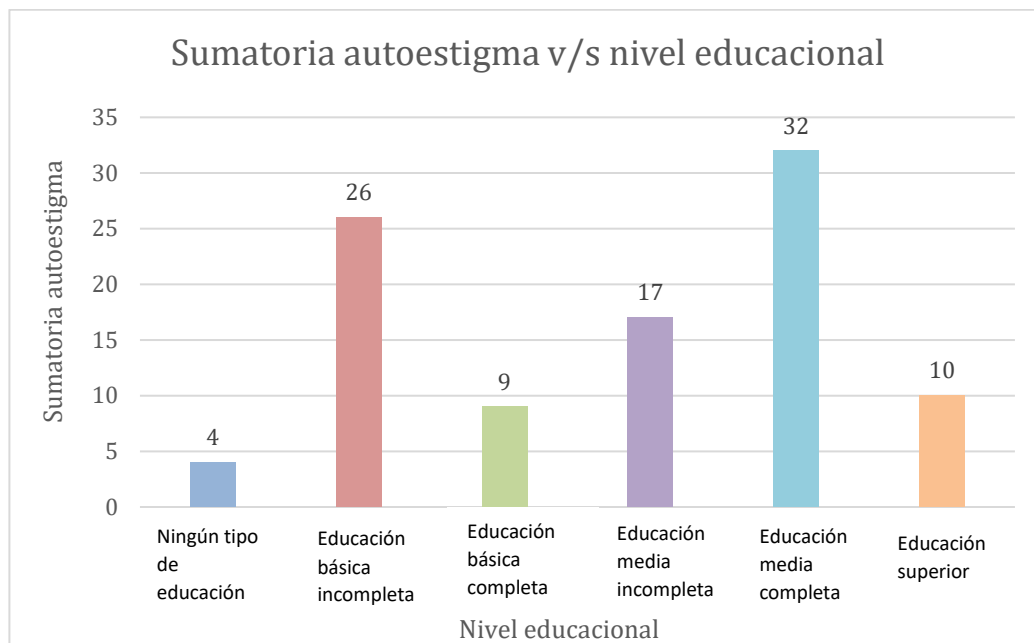
Por otro parte se puede observar un menor nivel de autoestigma mientras más reciente es el diagnóstico, lo que queda evidenciado desde los 0 a los 6 meses y desde los 7 meses a 1 año.

Finalizando existe un período donde se observa una disminución del nivel de autoestigma en el período de los 6 a los 10 años transcurrido el diagnóstico, y

que según lo expuesto en la literatura se confirma con lo detectado en la población en estudio.

### Nivel de Autoestigma y nivel educacional

Para el análisis del nivel educacional con el autoestigma se consideraron las tres variables del instrumento utilizado, ya que al ser la población de estudio muy diversa en el nivel educacional que presentan se deben considerar todas las variables para poder entregar una hipótesis de forma holística, entendiendo que a menor nivel educacional existe un menor entendimiento de la patología y los estereotipos sociales ejercen mayor presión.



En el gráfico se compran el autoestigma con los años de escolaridad que señalaron los encuestados, donde se puede concluir que a menor grado de nivel

educacional los individuos presentan un mayor nivel de autoestigma, lo cual se puede asociar a menor nivel de conocimiento respecto a su enfermedad. Junto con esto, también se observa que quienes poseen un nivel educación de enseñanza media completa también presentan altos puntajes en las 3 dimensiones del instrumento, lo que se puede asociar en que en este caso existen mayores conocimientos sobre su enfermedad, pero menos herramientas para poder afrontarlo adecuadamente. Esto se puede justificar ya que, aquellos que presentan estudios superiores presentan niveles menores de autoestigma evidenciado en el bajo puntaje del instrumento, lo cual se correlaciona con la presencia de mayores conocimientos sobre su patología y mayores herramientas y formas para poder enfrentarla y entenderla.

Para responder al tercer objetivo de investigación, se demostró que los pacientes con hipoglicemiantes orales tienen un mayor nivel de autoestigma en comparación a aquellos que utilizan otros tipos de tratamiento, sin embargo, cabe destacar que aquellos que utilizan insulina representan un porcentaje menor en la muestra, y aun así su puntuación de autoestigma es muy similar a quienes utilizan hipoglicemiantes orales. Sin embargo, la evidencia demuestra que los pacientes usuarios de insulina son los que muestran mayores índices de autoestigma, esta diferencia con los resultados obtenidos se puede explicar porque los hipoglicemiantes orales son el tratamiento de primera línea en Chile, para aquellos pacientes que padecen de diabetes *mellitus* tipo 2.

Con respecto a la ocupación y nivel de culpa a sí mismos por padecer la patología, se encuentra en mayor proporción en dueños de casa y trabajadores remunerados. Aquellos que se sienten mayormente avergonzados en situaciones sociales y por padecer la enfermedad son los pensionados.

En relación con el tiempo de diagnóstico y el nivel de autoestigma, quienes presentan un mayor nivel de autoestigma son aquellos que llevan entre más de un año desde el diagnóstico.

Finalmente, entre el nivel educacional y el autoestigma, este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en quienes tienen una educación básica incompleta y educación media completa.

## **DISCUSIÓN:**

El presente estudio plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de autoestigma en pacientes mayores de 40 años que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 que asisten al CESFAM “La Granja”, de la Región Metropolitana durante el periodo de agosto a octubre del año 2019?, la cual fue desarrollada con la finalidad de aportar con evidencia científica que pueda contribuir a la mejora de los cuidados brindados a los pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 mayores de 40 años que se atienden en el CESFAM “La Granja”, la cual se puede extrapolar a otras poblaciones con características similares a la de estudio.

Según la evidencia revisada para esta investigación, se detalla que el autoestigma es una condición que desarrollan los individuos que tienen una “marca diferenciadora”, en este caso el padecer diabetes *mellitus* tipo 2, que los hace sentir denostados y culpables de presentar la patología. Estos individuos para desarrollar autoestigma, deben conocer los estereotipos existentes que describen a su grupo estigmatizado, estar de acuerdo con ellas, y aplicar estos estereotipos o devaluaciones a su vida diaria, produciendo una sensación de vergüenza por el hecho de tener una condición en particular (Drucker & Senge, 2000). Frente a lo anteriormente mencionado, es que mediante el uso de la escala DSAS-2 (J. L. Browne, Ventura, Mosely, & Speight, 2017); se pudo demostrar que en la muestra de estudio existen altos niveles de culpa y vergüenza asociados a la diabetes *mellitus* tipo 2, donde el 56,2% de los individuos en estudio lo presentan, lo que concuerda con la información

recopilada en la literatura, al realizar la investigación. Este sentimiento de culpa, se asocia en gran medida al trato que ejercen los profesionales de salud durante las consultas, ya que, es ahí donde el paciente se siente más reprochado por el tipo de alimentación y estilo de vida que tienen, por lo cual una instancia que debería ser de educación para fortalecer la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico se convierte en una instancia donde el individuo se siente culpable y avergonzado de su situación de salud, causando que estos bajen la adherencia a las consultas de salud.

A pesar de lo anterior, solo el 21,7% de los individuos se sienten tratados diferentes por padecer diabetes *mellitus* tipo 2, lo cual difiere en cierto grado de la literatura expuesta (J.L Browne et al., 2014); esto se puede asociar a que la diabetes *mellitus* tipo 2 es una patología con alta incidencia en Chile, llegando al 11% de la población (Minsal,2017). Con lo cual, se le otorga un grado de normalidad el presentar patologías crónicas, como la diabetes *mellitus* tipo 2, al no ser los únicos que presentan la patología en el entorno en que se desenvuelven los entrevistados, lo cual no lo considerarían como un estereotipo o “marca” diferenciadora del resto. Si asociamos estos datos con los de sentimiento de culpa y vergüenza asociado a la diabetes *mellitus* tipo 2, se demuestra que como los individuos que padecen esta patología no se sienten tratados de forma diferente, ya que es un padecimiento “común” en la población, cuando le reprochan sus decisiones en salud, de forma inmediata ellos se alejan de estas situaciones que los hacen sentir culpable.

Por otro lado, se describe en la literatura que el grado de estigma varía de acuerdo al tratamiento farmacológico utilizado (Kato et al., 2017). Según los resultados obtenidos, existe un mayor grado de autoestigma en los individuos que utilizan hipoglicemiantes orales como tratamiento farmacológico, difiriendo de la literatura, donde se expresa que aquellos que utilizan insulina presentarían un mayor nivel de autoestigma debido a la similitud del método de administración con drogas recreacionales (Kato et al., 2017). Sin embargo, según los resultados obtenidos, existe una diferencia de solo dos puntos con los individuos que utilizan insulina como tratamiento farmacológico; este fenómeno se podría asociar a que en Chile los hipoglicemiantes orales son el tratamiento de primera línea utilizado en esta patología, siendo la insulina la alternativa cuando los primeros no son eficaces para lograr las metas de glicemia en los individuos (Minsal,2017), lo que desemboca en que la mayoría de los pacientes utilicen estos fármacos; en este estudio, el 62% utilizan hipoglucemiantes orales y el 36% insulina, esto, desde nuestro punto de vista puede ser una de las causas de la diferencia que existe entre los resultados obtenidos y la literatura. Además, creemos que la administración de un medicamento vía oral es la principal señal para demostrar que se padece algún problema de salud o enfermedad, por lo cual, la persona se “etiqueta” con una característica diferenciadora y según el entorno social en que se desenvuelva el individuo es que existe la posibilidad de desarrollar autoestigma; es por esto que se debe poner atención dentro de la salud sanitaria a todo tipo de individuo que presente la “etiqueta diferenciadora”, ya que,

independiente del tratamiento utilizado son susceptibles a generar autoestigma asociado a la patología. Asimismo, según la evidencia, el estigma asociado a una enfermedad crónica, la marca o atributo es el diagnóstico de la enfermedad; con este diagnóstico una persona cambia de “normal” a “desacreditada” (Earnshaw, V.; Quinn, D.; Kalichman, S.; Park, 2016). Por lo cual, a mayor tiempo de diagnóstico debería existir un mayor nivel de autoestigma en los individuos; esto se presentó así en la muestra en estudio, ya que, los individuos que tenían más de diez años de diagnóstico de la patología alcanzaron 31 de 35 puntos en ese ámbito, con lo cual se observa que los pacientes con un mayor tiempo de diagnóstico son aquellos que se encontrarían en mayor riesgo de desarrollar consecuencias negativas tanto a nivel social como a nivel de salud, secundario al desarrollo de autoestigma (John Wiley, 2016).

En base a lo mencionado anteriormente y según la nueva literatura revisada sobre el tema (Abdoli, Doosti, & Lynda, 2018), es que la autoestigmatización para los individuos que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 ha sido un problema psicosocial significativo a nivel mundial; sumándole a esto que un número cada vez mayor de declaraciones y leyes apuntan a la igualdad de salud de las personas con diabetes *mellitus* tipo 2, la discriminación y la estigmatización aún se difunden ampliamente (Benedetti, 2014). La revisión destacó diversos conceptos erróneos y creencias negativas o exageradas sobre la diabetes *mellitus* tipo 2 en diferentes países, los cuales se deben abordar adecuadamente

para terminar con el estigma relacionado con la patología, siempre enfocado y acorde a la cultura y población que se está examinando, fomentando de esta forma un amplio conocimiento sobre esta enfermedad, con la finalidad de evitar repetir patrones negativos asociados a la diabetes *mellitus* 2 y así erradicar cada vez más el concepto de autoestigma asociado a ella (Abdoli, Doosti, & Lynda, 2018).

## **CONCLUSIÓN:**

Por medio de la investigación llevada a cabo, se logró conocer el nivel de autoestigma presente en pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 de una determinada población en relación a diferentes características sociodemográficas, tipo de tratamiento y tiempo diagnóstico, lo cual evidencia lo importante que es conocer y entender el concepto de autoestigma como factor crucial al momento de tratar una enfermedad crónica, ya que, no es un proceso tan sólo biológico, sino que se debe considerar fuertemente el ámbito psicológico y también el componente social arraigado a la enfermedad para así lograr una mayor tasa de éxito en el control de la patología. Además, según lo evidenciado en los resultados de la investigación un gran porcentaje de los encuestados presentaba algún grado de autoestigma referente a su condición, situación alarmante si se considera que gran parte de la población padece de diabetes *mellitus* tipo 2 y que su incidencia se encuentra en un aumento exponencial.

Sumado a esto, dentro de los resultados observamos la muestra presenta un porcentaje mayor de mujeres y el promedio de edad es de 61 años, lo que nos demuestra que la muestra corresponde mayormente a personas mayores y mujeres, que son quienes consultan con mayor frecuencia a los servicios de salud. También cabe destacar, que solo un 10% de la población ha cursado estudios universitarios y un 27% de estos presenta educación básica incompleta

y sólo un 43% trabaja de forma remunerada. Por otro lado, dentro los resultados relevantes se encuentran el que el utilizar hipoglicemiantes orales o insulina no induce una diferencia significativa en el nivel de autoestigma, lo que contrasta con la literatura revisada y los resultados que esperábamos obtener, ¿Podría darse este resultado porque en Chile no está tan estigmatizado el inyectarse como en otras culturas? O ¿La utilización de medicamentos vía oral genera una mayor disrupción que la utilización de insulina? Esto en base, a que los hipoglicemiantes orales son el tratamiento de elección para la diabetes *mellitus* tipo 2 en nuestro país; si bien la utilización de los fármacos vía oral es algo común en todas las culturas, puede ser que esta sea una señal más clara de la “etiqueta” que genera que la persona pase a ser una persona “enferma”, generando autoestigma en estos individuos en todos sus niveles.

Con las encuestas se ha concluido que las personas que padecen esta enfermedad no se sienten tratadas diferente por quienes las rodean. Lo que sí se evidenció fue un alto nivel de sentimiento de culpa, donde más de la mitad de los encuestados se sienten responsables de tener diabetes *mellitus* tipo 2; esto asociado a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico donde se presenta un mayor nivel de autoestigma, por lo que nos preguntamos si sería adecuado complementar con terapia psicológica u otro tipo de intervención terapéutica para que las personas se relacione mejor con su condición.

A pesar de los resultados obtenidos, aún existen problemáticas importantes de investigar. Dentro de ellas se encuentra la validación del instrumento utilizado (DSAS-2) en la población nacional, esto con la finalidad de poder evidenciar si los resultados obtenidos serían similares si se aplican a una población con diferentes características sociodemográficas a las del estudio y para así seguir demostrando que el instrumento de investigación es útil y válido para cualquier tipo de población.

Junto con esto, para investigaciones a futuro, es importante indagar en nuevas formas y estrategias de abordar el autoestigma en sus diferentes grados. Si bien, la educación se ha mencionado en la literatura como una intervención transversal, aún falta mayor conocimiento en la forma de poder aminorar el autoestigma en un paciente con alto grado en comparación con uno de menor grado, tanto a nivel personal como familiar, con la finalidad de poder revertir esta situación abordando de forma completa e integrar todos los factores determinantes de esta condición. Sumado a lo anterior, existe un vacío en relación al autoestigma percibido según la edad, si bien para este estudio, se tomó población de cuarenta años o más porque es la que presenta mayor prevalencia a nivel nacional, se debería describir por grupo etario ya que la percepción de enfermedad y la culpa asociada a esta debería presentar variaciones de acuerdo al grupo etario en el que se aplique.

Centrándonos en el área de la enfermería, uno de los pilares fundamentales es entregar conocimientos sobre diabetes *mellitus* tipo 2, a la población, para así poder aliviar el estigma que rodea a la diabetes *mellitus* tipo 2 en diferentes culturas. Los profesionales de la salud deben considerar políticas y estrategias que incluyen educación comunitaria, educación familiar y educación para proveedores de atención médica como un componente central en todos los programas y actividades de desestigmatización. También es necesario discutir el estigma y ayudar a las personas a identificar estrategias que aborden el estigma, para así lograr que ellos no se sientan la enfermedad, sino que es un padecimiento que no lo define como la persona que es, de modo tal, que se entregue una atención del punto de vista biopsicosocial a los individuos.

Con esto, se busca disminuir la sensación de culpa y vergüenza en aquellos individuos que padecen diabetes *mellitus* tipo 2, ya que quedó demostrado en el presente estudio los niveles de culpa y vergüenza asociado al padecimiento de diabetes *mellitus* tipo 2 son altos y un porcentaje no menor asocian estos conceptos a las atenciones recibidas por los profesionales de salud; es por ello que no culpar a los individuos por padecer diabetes *mellitus* tipo 2 condiciona fuertemente la adherencia, tanto a los cambios de estilos de vida como a los fármacos que forman parte del tratamiento fundamental para esta patología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abdoli, S., Doosti Irani, M., Hardy, L. R., & Funnell, M. (2018). A discussion paper on stigmatizing features of diabetes. *Nursing Open*, 5(2), 113–119. <https://doi.org/10.1002/nop2.112>
- Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2014). «I'm not a druggie, I'm just a diabetic»: a qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *BMJ Open*, 4(7), e005625-e005625. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005625>
- Browne, J. L., Ventura, A. D., Mosely, K., & Speight, J. (2016). Measuring the Stigma Surrounding Type 2 Diabetes: Development and Validation of the Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale (DSAS-2). *Diabetes Care*, 39(12), 2141-2148. <https://doi.org/10.2337/dc16-0117>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2014). 3era edición, 117-125. *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.
- Caro, D. (2014). Facultad economía y negocios Universidad de Chile. Lugar de publicación: repositorio.uchile.cl. dirección de donde se extrajo el documento (<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto%20Econ%20de%20las%20Enfermedades%20Cr%20nicas.pdf?sequence=1>)
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Creswell (2013) *Five Qualitative Approaches to Inquiry*. Cap. 7. Pag 112-115 London: Sage
- Earnshaw, V. A., Quinn, D. M., Kalichman, S. C., & Park, C. L. (2013). Development and psychometric evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(3), 270-282. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9422-4>

- Gredig, D., & Bartelsen-Raemy, A. (2017). Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: implications for healthcare providers. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1620-1633. <https://doi.org/10.1111/hsc.12376>
- Kato, A., Fujimaki, Y., Fujimori, S., Isogawa, A., Onishi, Y., Suzuki, R, Hashimoto, H. (2017). Psychological and behavioural patterns of stigma among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(3), e013425. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013425>
- Kato, A., Fujimaki, Y., Fujimori, S., Isogawa, A., Onishi, Y., Suzuki, R, Hashimoto, H. (2016). Association between self-stigma and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 4 (7), 1-7, e000156. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2015-000156>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Ministerio de salud de Chile (2017) Día mundial de la diabetes. lugar de publicación: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). dirección de donde se extrajo el documento (<http://www.minsal.cl/dia-mundial-de-la-diabetes/>)
- Ministerio de salud de Chile (2010) Guía clínica diabetes mellitus tipo 2. Lugar de publicación: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Dirección de donde se extrajo el documento (<http://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>)
- Ministerio de Salud de Chile (2015) Salud Mental. Lugar de publicación: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) ([www.minsal.cl/salud-mental/](http://www.minsal.cl/salud-mental/))
- N. Martin, M. Munarriz (2016). Cuando el estigma se aplica a uno mismo: una revisión bibliográfica del autoestigma en Salud Mental. Universitat Jaume: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/173822>
- Rodríguez Yunta, Eduardo. (2004). Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas cioms 2002. *Acta bioethica*, 10(1), 37-48. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100005>
- Sanz, C. (2016). Validacion del instrumento perceived devaluation and discrimination scale en pacientes con esquizofrenia y trastornos mentales afines, en Chile. Escuela de salud pública Dr. Salvador Allende G

Universidad de Chile. Lugar de publicación: [www.campusesp.uchile.cl](http://www.campusesp.uchile.cl). Dirección de donde se extrajo el documento([http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/468/Tesis\\_Carla%20Sanz.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/468/Tesis_Carla%20Sanz.pdf?sequence=1&isAllowed=y))

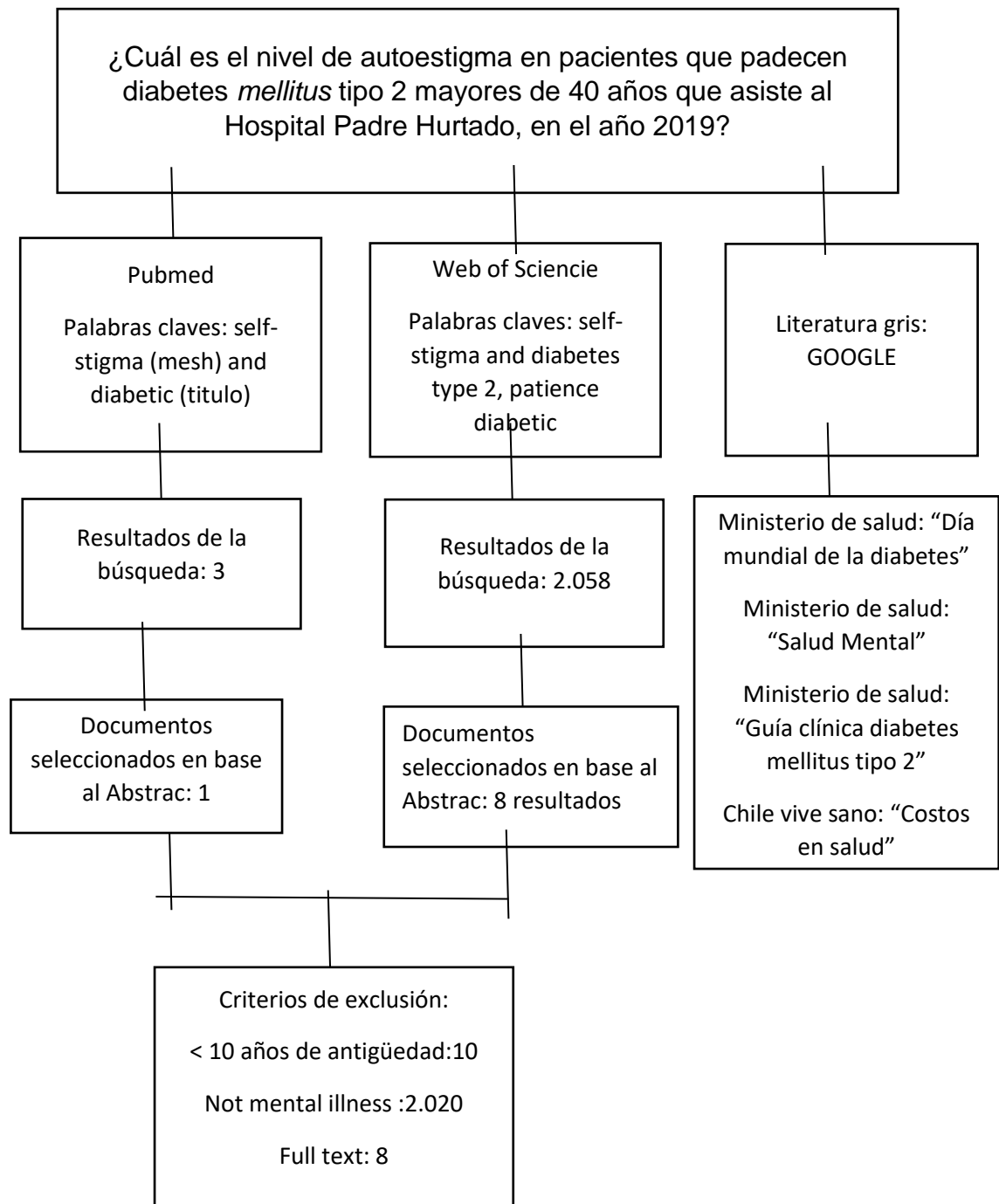
Schabert, J., Browne, J. L., Mosely, K., & Speight, J. (2013). Social Stigma in Diabetes: A Framework to Understand a Growing Problem for an Increasing Epidemic. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40271-012-0001-0>

Sapunar, J. (2016). . Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, volumen 27, Issue 2, March 2016, Pag. 146-151 Lugar de publicación: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Dirección de donde se extrajo el documento (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300037>)

Vio, F.(2016). Costos en salud. Lugar de publicación: [www.chilevivesano.cl](http://www.chilevivesano.cl). Dirección de donde se extrajo el documento (<http://www.chilevivesano.cl/columnas/costos-en-salud>)

**ANEXOS:**

**Anexo n° 1: “Flujograma de búsqueda”**



La búsqueda se realizó entre los meses de marzo y abril del año 2018, la cual se basó en Pubmed y Web of Science, el primer buscador no fue de gran ayuda ya que no se tenía acceso al documento completo y la búsqueda nos arrojó muy pocos resultados. Sin embargo, el segundo buscador nos otorgó una gran variedad de documentos sobre el tema, el único problema fue que en su mayoría se trataban de pacientes diabéticos que tenían asociado una patología mental y en este estudio solo nos centraremos en pacientes diabético tipo 2 y su nivel de autoestigma, no en pacientes diabéticos con patología mental. Además, de todo lo anterior utilizamos documentos entregados por el profesor guía los cuales no se encuentran adosados en este flujograma de búsqueda.

## Anexo n° 2” Autorización de publicación de tesis electrónica”

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO – CLÍNICA ALEMANA  
CENTRO DE ÉTICA  
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO DE PRE GRADO

### ACTA DE APROBACIÓN

PG\_10-2019

Santiago, 2 de Julio de 2019

*Autoras responsables:* Constanza Binimelis, Paulina Cáceres, Constanza González, María Josefina Meléndez.

*Tutora:* Macarena Chepo

**Institución:** Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996:

- 1) Proyecto de Investigación: "Autoestigma en pacientes que padecen de Diabetes Mellitus 2, usuarios del CESFAM "La Granja" durante el segundo semestre de 2019".
- 2) Currículum vitae de las investigadoras y su Tutora
- 3) Compromiso de la Tutora y colaboradora directa de la investigación.
- 4) Material que se utilizará como, por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros

Sobre la base de esta información, el Comité se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los siguientes aspectos éticos:

**Justificación Social:** se trata de un estudio que pretende aportar al conocimiento y con ello a la mejora de los cuidados brindados a los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus 2 que se atienden en CESFAM La Granja.

**Evaluación riesgo/beneficio:** no existen riesgos asociados atribuibles directamente a la intervención en estudio.

Existe protección a los participantes en cuanto a:

- a. Población vulnerable.
- b. Libertad para participar.



- c. Confidencialidad.
- d. Cobertura de costos del estudio.
- e. Cobertura de eventuales eventos adversos serios.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones para la realización del estudio propuesto y por ende otorga su aprobación.

Conjuntamente, el comité recuerda al Investigador que debe:

- Utilizar el formulario de consentimiento informado con timbre y fecha de aprobación del comité.
- Reportar los eventos adversos serios en un plazo inferior a 48 horas de ocurrido.
- Entregar oportunamente las enmiendas que se deseen incorporar al protocolo.
- Entregar un informe con los resultados, una vez finalizado el proyecto o en caso de suspensión anticipada.



*Alejandra Valdés V.*

Sra. Alejandra Valdés V.  
 Presidenta  
 Comité de Ética Científico de Pre Grado  
 Facultad de Medicina Clínica Alemana  
 Universidad del Desarrollo

Integrantes del CEC Pre Grado:

- Sr. Ricardo Castillo
- Dr. Sebastián Godoy
- Sra. Fabiula Marín
- Sra. Bárbara Muñoz
- Sra. Dalana Quintillano
- Sra. Alejandra Valdés









## Anexo n° 4: “Instrumentos de investigación”:

### Anexo n° 4.1: “Diabetes stigma assessment Scale (DSAS-2)”

Subscale and item wording	Str
<b>Treated differently</b> Some people think I cannot fulfill my responsibilities (e.g., work, family) because I have type 2 diabetes Some people treat me like I’m “sick” or “ill” because I have type 2 diabetes Some people see me as a lesser person because I have type 2 diabetes Some people exclude me from social occasions that involve food/drink they think I shouldn’t have I have been discriminated against in the workplace because of my type 2 diabetes I have been rejected by others (e.g., friends, colleagues, romantic partners) because of my type 2 diabetes	
<b>Blame and judgment</b> I have been told that I brought my type 2 diabetes on myself There is blame and shame surrounding type 2 diabetes Because I have type 2 diabetes, some people judge me for my food choices Health professionals think that people with type 2 diabetes don’t know how to take care of themselves Because of my type 2 diabetes, health professionals have made negative judgments about me There is a negative stigma about type 2 diabetes being a “lifestyle disease” Because I have type 2 diabetes, some people assume I must be overweight, or have been in the past	
<b>Self-stigma</b> I feel embarrassed in social situations because of my type 2 diabetes I’m ashamed of having type 2 diabetes I blame myself for having type 2 diabetes Because I have type 2 diabetes, I feel like I am not good enough Having type 2 diabetes makes me feel like a failure I feel guilty for having type 2 diabetes	

(Jessica, L. Browne, 2016)

**Anexo n° 4.2: “Traducción de tabla diabetes stigma assesment Scale (DSAS-2)”**

<b>DIMENSIÓN 1: TRATADOS DIFERENTE</b>					
ÍTEM 1: Algunas personas creen que no puedo cumplir mis responsabilidades (ej: trabajo, familia) porque tengo diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 2: Algunas personas me tratan como si estuviera enfermo porque tengo diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 3: Algunas personas me “miran en menos” porque tengo diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 4: Algunas personas me excluyen de situaciones sociales que incluyen comida/bebidas que ellos piensan que yo no debería consumir. He sido discriminado en mi trabajo por mi diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 5: He sido discriminado en mi trabajo por mi diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 6: He sido rechazado por otros (ej: amigos, colegas, parejas) por mi diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
<b>DIMENSIÓN 2: CULPA Y JUICIO</b>					

ÍTEM 1a: Me han dicho que yo me causé la diabetes mellitus tipo 2 (me la busqué).	1	2	3	4	5
ÍTEM 2a: Hay culpa y vergüenza en la diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 3a: Porque tengo diabetes mellitus tipo 2, algunas personas me juzgan por mis opciones alimentarias.	1	2	3	4	5
ÍTEM 4a: Los profesionales de la salud piensan que las personas con diabetes mellitus tipo 2 no saben cuidar de sí mismos.	1	2	3	4	5
ÍTEM 5a: Por mi diabetes mellitus tipo 2, profesionales de la salud me han juzgado negativamente.	1	2	3	4	5
ÍTEM 6a: Existe un estigma negativo de la diabetes mellitus tipo 2 que dice que es una enfermedad del estilo de vida.	1	2	3	4	5
ÍTEM 7a: Porque tengo diabetes mellitus tipo 2, algunas personas asumen que debo ser obeso/sobrepeso o lo he sido en el pasado.	1	2	3	4	5
<b>DIMENSIÓN 3: AUTOESTIGMA</b>					
ÍTEM 1b: Me siento avergonzado en situaciones sociales por mi diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5

ÍTEM 2b: Me siento avergonzado de tener diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 3b: Me culpo a mí mismo por tener diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5
ÍTEM 4b: Porque tengo diabetes mellitus tipo 2, siento que no soy lo suficientemente bueno.	1	2	3	4	5
ÍTEM 5b: El tener diabetes mellitus tipo 2 me hace sentir como un fracaso.	1	2	3	4	5
ÍTEM 6b: Me siento culpable por tener diabetes mellitus tipo 2.	1	2	3	4	5

Muy en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Indeciso	3
De acuerdo	4
Muy de acuerdo	5

Puntaje máximo: 95 puntos

Puntaje mínimo: 19 puntos

## Anexo n° 4.3: “ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA”:



### ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Estimado vecino/a: La siguiente encuesta tiene el fin de conocer un poco más acerca de la comunidad que asisten al Cesfam La Granja. La información que ud. conteste es de carácter confidencial, por eso, puede contestar con suma tranquilidad ya que sus datos no serán expuestos.

MARQUE CON UNA “X” O ESCRIBA SEGÚN CORRESPONDA CADA PREGUNTA QUE SE PRESENTA A CONTINUACIÓN:

#### Características sociodemográficas:

1) ¿Cuál es su edad?: \_\_\_\_ años

2) ¿Cuál es su sexo?

\_\_\_\_ Femenino

\_\_\_\_ Masculino

3) ¿Cuál es su ocupación?:

\_\_\_\_ Pensionado

\_\_\_\_ Dueña de casa

\_\_\_\_ Trabaja. ¿En qué? \_\_\_\_\_

4) ¿Cuál es su nivel educacional?

\_\_\_\_ Ninguno

\_\_\_\_ Educación básica incompleta

\_\_\_\_ Educación básica completa (Hasta segundo de humanidades)

\_\_\_\_ Educación media incompleta

\_\_\_\_ Educación media completa (Hasta sexto de humanidades)

\_\_\_\_ Estudios superiores. ¿Cual? \_\_\_\_\_

#### Características de su tratamiento

1) ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo II?

\_\_\_\_ 6 meses o menos

\_\_\_\_ Entre 6 meses y 1 año

\_\_\_\_ De 1 a 5 años

\_\_\_\_ Entre 5 y 10 años

\_\_\_\_ 10 años o más

2) De acuerdo a sus medicamentos para la diabetes mellitus II, indique:

MEDICAMENTO	Si	No
Insulina		
Metformina		
Glibenclamida		

## Anexo n° 4.4: "Material entregable"



**"No confundas mis días malos como señal de debilidad. ¡Estos son, en realidad, los días en los que estoy luchando contra la Diabetes con todo lo que tengo!" de texto**



**INTERNAS DE ENFERMERÍA UDD 2019**

Constanza Binimelis  
Paulina Cáceres  
Constanza González  
María Josefina Meléndez



Facultad de Medicina  
Clínica Hospital - Universidad del Desarrollo  
Santiago

### TODO SOBRE LA DIABETES MELLITUS 2



### ¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS?

Es una enfermedad en la cual el páncreas no produce suficiente insulina o las células dejan de responder a esta, causando que la glucosa en la sangre no se absorba en las células del cuerpo, encontrándose elevada constantemente en la sangre.



### CAUSAS

Se produce Diabetes Mellitus 2 cuando el cuerpo se resiste al efecto de la insulina o el páncreas no puede producir suficiente. Existen factores genéticos y ambientales que la causan, como sobrepeso, sedentarismo y mala alimentación.

### SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Sed
- ✓ Cansancio y fatiga
- ✓ Mayor apetito
- ✓ Aumento en el deseo de orinar
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Cicatrización lenta de heridas
- ✓ Falta de concentración



### TRATAMIENTO

- ✓ Dieta alta en frutas, verduras
- ✓ Alimentación baja en azúcares y carbohidratos
- ✓ Actividad física
- ✓ Buena adherencia al tratamiento farmacológico
- ✓ Cambios en estilos de vida

### ¿CÓMO MANTENER LA DIABETES MELLITUS CONTROLADA?

- ✓ EJERCÍTATE
- ✓ CONTROLA TU PESO
- ✓ ELIGE GRASAS SALUDABLES (FRUTOS SECOS)
- ✓ CONSUME GRANOS ENTEROS
- ✓ NO COMAS AZÚCARES REFINADOS
- ✓ NO COMAS AZÚCARES REFINADOS
- ✓ DEJA DE FUMAR
- ✓ ASISTE A TUS CONTROLES DE SALUD PERIÓDICAMENTE



## **Anexo n° 5: “Consentimientos informados”**

Anexo n° 5.1: Información para los participantes

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES”:**

#### **“AUTOESTIGMA EN PACIENTES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS 2 “ INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES**

##### **Nombre del estudio y del Investigador Principal y Tutor:**

El presente proyecto de investigación se titula “*AUTOESTIGMA EN PACIENTES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS 2*“. Éste será realizado por los alumnos CONSTANZA BINIMELIS, PAULINA CÁCERES, CONSTANZA GONZÁLEZ, MA. JOSEFINA MELÉNDEZ, todos estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad del Desarrollo, bajo la tutoría de MACARENA CHEPO, Docente en proyecto de investigación cuantitativa, Profesor Asistente FM CAS-UDD, Coordinador de diseños de proyecto de investigación.

##### **Introducción:**

En Chile, hasta noviembre del 2017, la diabetes *mellitus* tipo 2 se ha transformado en una situación crítica en salud pública, que presenta una prevalencia del 10-11%, colocando a nuestro país en el segundo lugar en Sudamérica. Esta enfermedad tiene múltiples complicaciones, donde un aspecto que contribuye a los malos resultados en salud es el estigma y la discriminación que afecta a esta enfermedad, ya que, se ha demostrado que a medida que los pacientes con diabetes se sienten discriminados o estigmatizados exhiben peores resultados de salud y presentan menos acceso a estos servicios. Por lo que el presente estudio se orienta en conocer el nivel de autoestigma presente en pacientes que padecen de diabetes mellitus 2, mayores de 40 años y asistan al Cefam La Granja en el año 2019.

Esta investigación cuenta con el apoyo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Del Desarrollo.

### **Objetivo General:**

El objetivo principal de este proyecto de investigación es: Conocer el nivel de autoestigma en pacientes que padecen diabetes *mellitus* tipo 2 de acuerdo con la “Escala de Evaluación del Estigma en la Diabetes Tipo 2” (DSAS-2) en personas mayores de 40 años que asisten al Cesfam La Granja en el año 2019.

### **¿Quiénes pueden participar en este estudio?**

En este estudio podrán participar personas que padezcan diabetes *mellitus* 2, mayores de 40 años y que asistan al Cesfam La Granja entre agosto y noviembre del 2019.

### **Procedimientos del estudio:**

Si usted está de acuerdo, quisiera invitarlo a participar de manera individual a responder a una encuesta titulada “Escala de Evaluación del Estigma en la Diabetes Tipo 2”, que tiene un tiempo aproximado de 20 minutos. Su participación en este estudio será totalmente voluntaria y no será informada a terceros.

### **Riesgos y beneficios:**

Este proyecto no conlleva riesgos para usted. Tampoco se beneficiará directamente de los resultados obtenidos; sin embargo, un resumen de estos datos será entregado al director del Hospital Padre Hurtado para un posterior desarrollo de estrategias que permitan mejorar la atención de salud en pacientes. Además, quisiéramos agradecer desde ya su voluntad a participar de este proyecto.

### **¿Quién diseñó el estudio?:**

Este estudio fue diseñado por: Constanza Binimelis, Paulina Cáceres, Constanza González, Ma. Josefina Meléndez estudiantes de Enfermería de la Universidad Del Desarrollo, Santiago bajo la supervisión de Macarena Chepo, Coordinadora de diseño al proyecto en investigación.

### **Costos para el participante:**

Este estudio no tendrá costos para usted, más allá del tiempo destinado a participar de la encuesta, la que se estima durará aproximadamente 20 minutos.

### **Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio será totalmente voluntaria y no será informada a terceros. Cualquier información entregada a usted o a otros acerca de esta actividad, será solo un resumen general. Por consiguiente, su decisión de participar o no, NO afectará de ninguna forma su atención médica o control con otro profesional de salud.

Usted también podrá retirarse de este estudio, sin ninguna consecuencia negativa asociada; además, podrá retirar cualquier información o dato recolectado de tal forma de que esta información no sea incorporada en los resultados de este estudio. El período en que podrá retirar dicha información, en caso de que usted desee suspender su participación, corresponderá al periodo de recolección de datos de este estudio, el que se realizará entre los meses de agosto a noviembre de 2019.

### **Confidencialidad:**

Cualquier información que se comparta o escriba acerca de este estudio será solo a través de resúmenes generales. La información no identificará lo emitido por los participantes de este estudio.

Toda la información recolectada será guardada por 5 años, al término del estudio y bajo llave en una oficina de la Universidad del Desarrollo. Sólo el equipo del estudio tendrá acceso a esta información y por un período limitado de tiempo (mientras el estudio está en desarrollo).

### **Más información:**

**Investigador responsable (alumno tesista):** Constanza Binimelis – Paulina Cáceres – Constanza González – Ma. Josefina Meléndez.

**Aprobación:** Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pregrado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CEC PG).

**A quién puede consultar en caso de duda:**

Constanza Binimelis, E-Mail: [cbinimelisr@udd.cl](mailto:cbinimelisr@udd.cl)

Paulina Cáceres, E-Mail: [pcaceress@udd.cl](mailto:pcaceress@udd.cl)

Constanza González, E-Mail: [cogonzalezg@udd.cl](mailto:cogonzalezg@udd.cl)

Ma. Josefina Meléndez, E-Mail: [mamelendez@udd.cl](mailto:mamelendez@udd.cl)

Sra. Alejandra Valdés al email [avaldesv@udd.cl](mailto:avaldesv@udd.cl), CEC PG UDD +562 23279157

Carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, Teléfono: +562  
23279110

## Registro expresión de voluntad del Consentimiento Informado

Yo ..... Rut:  
.....-....., en fecha ....., paciente del CESFAM La Granja, acepto ser partícipe del proyecto de investigación de internas de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, titulado “Autoestigma en pacientes que padecen Diabetes Mellitus II”, estando al tanto de la confidencialidad de los datos entregados, los cuales serán de uso exclusivo de esta investigación.

---

**Nombre Apellidos y Firma**

Anexo n° 5.2: “Carta o documento de pre aprobación de institución donde se realizará la investigación”

Santiago, 10 de Abril del 2019.

Sra. Soledad Turra,  
Directora del CESFAM “La Granja”  
Presente

A través de la presente, nos queremos presentar, somos Constanza Binimelis, Paulina Cáceres, Constanza González y María Josefina Meléndez, alumnas internas de la carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, dos de las cuales nos encontramos realizando nuestro internado en este CESFAM.


El objetivo de la presente, es solicitarle autorización para llevar a cabo nuestro proyecto de investigación cuantitativa durante el segundo semestre del año 2019, el cual se titula “Autoestigma en pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2”, cuyo objetivo general es conocer el nivel de autoestigma en pacientes que padecen Diabetes Mellitus 2 en personas mayores de 40 años que asisten al CESFAM “La Granja” durante Agosto- Octubre 2019. El presente proyecto se encuentra a cargo de Macarena Chepo, Enfermera de la escuela de enfermería UDD, sede Santiago.

El propósito de la investigación es aportar a la mejora de los cuidados brindados a los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus 2 que se atienden en el CESFAM “La Granja”. La evidencia señala que las personas que padecen esta enfermedad muchas veces sufren de autoestigma, es decir, en simples palabras, perciben que la sociedad los rechaza o los tilda de culpables por tener esta patología, y junto con esto, ellos mismo internalizan estas creencias y se auto discriminan, teniendo como consecuencia, que no asistan a sus controles de salud, no adhieran adecuadamente a su tratamiento y finalmente su enfermedad se descompense, deteriorando de forma importante su calidad de vida.

Es por lo anterior que para nosotras como internas de este CESFAM es de gran interés poder realizar nuestro proyecto de investigación aquí durante el segundo semestre del presente año, donde esperamos contar con su aprobación, apoyo y ayuda.

Sin más que agregar y agradeciendo su acogida y pronta respuesta, saludamos atentamente,

Internas de enfermería UDD: Constanza Binimelis, Paulina Cáceres, Constanza González, María Josefina Meléndez.

  
25/04/19.

**Autoridad que pre- aprueba el desarrollo del proyecto en campo clinico u  
otro**

Nombre: Juan E. Jarama S.  
Cargo: Director (s)  
Fecha: 28/04/19  
Firma: 

## Anexo n° 6: Otros

### Anexo n°6.1 RESUMEN DE PAPERS SELECCIONADO:

<b>Síntesis de estudios</b>						
Autor y año	Propósito	Muestra	Medición	Métodos	Resultados	Hallazgos
Dianne Quinn,2013	Validación de la escala CIASS para la medición del estigma internalizado.	El estudio involucró dos muestras separadas de participantes . Los datos recopilados de la muestra 1 se usaron para evaluar el	Se utilizó la escala CIASS para medir el estigma esperado (es decir, las expectativas de los prejuicios, los estereotipos y la discriminación) entre las	Se le aplicó la escala CIASS a dos muestras	En el presente trabajo, el CIASS previsible menor (es decir, aumento de la depresión y la ansiedad) mental y la salud física (es decir, el aumento de síntomas de la	Los análisis de la validez de constructo estructural y demostrar que las medidas CIASS estigma de tres fuentes distintas de estigma previstas: la familia, los

		<p>fiabilidad, validez y generalización del CIASS. Los participantes de la muestra 2 fueron adultos reclutados por la comunidad que presentan una enfermedad crónica. Parte de la</p>	<p>personas que viven con enfermedades crónicas. El CIASS es una escala de 12 ítems con tres subescalas diferenciar entre las fuentes de estigma anticipado, incluyendo amigos y familiares, compañeros de trabajo, y los</p>	<p>enfermedad), y la disminución de la participación en un comportamiento importante de salud (es decir, disminución de acceso a la atención), incluso después de controlar por los participantes características demográficas y relacionadas</p>	<p>amigos y compañeros de trabajo, y los trabajadores de la salud. La diferenciación entre las fuentes puede ser particularmente importante para los investigadores y / o los médicos que desean intervenir en la relación negativa entre</p>
--	--	---	---	---	---

		<p>muestra fue reclutada en persona de grupos de apoyo y eventos para personas que viven con enfermedad es crónicas.</p>	<p>trabajadores de la salud.</p>		<p>con la enfermedad.</p>	<p>el estigma anticipado y la salud y el comportamiento. Por ejemplo, los resultados sugieren que el estigma anticipada de amigos y familiares, y trabajadores de la salud se correlaciona más con el acceso a la atención que el estigma anticipado de</p>
--	--	--	----------------------------------	--	---------------------------	---

						los compañeros de trabajo.
Jasmin Schabert, 2013	Esta revisión se basa en literatura sobre el estigma relacionado con la salud en la diabetes y otras condiciones crónicas con el fin de desarrollar un marco para comprender el estigma	Personas con diabetes y personas sin diabetes	Literatura sistémica sobre el estigma en enfermedades crónicas	Investigación sistemática de las experiencias, causas y las consecuencias del estigma relacionado con la diabetes	Propone un marco que destaca las causas (actitudes de culpa, sentimientos de miedo y disgusto, y la necesidad de hacer cumplir las normas sociales y evitar enfermedades)	Se encontró que las personas que no tienen diabetes asumen que la diabetes no es una condición estigmatizada. Por el contrario, las personas con diabetes informan que el estigma es una

	relacionado con la diabetes.				, experiencias (ser juzgado, rechazado y discriminado) y las consecuencias (por ejemplo, angustia, peor bienestar psicológico y autocuidado subóptimo) del estigma relacionado con la diabetes y también identifica el potencial y estrategias de mitigación para	preocupación significativa para ellos, experimentado en muchos dominios de sus vidas
--	------------------------------	--	--	--	---	--

					reducir el estigma relacionado con la diabetes y /o mejorar el afrontamiento y la capacidad de recuperación entre las personas con diabetes.	
Jessica L Browne, Adriana Ventura, Kylie Mosely,	El propósito de la investigación es explorar percepciones y experiencias del estigma	Adultos mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 1 que residían en	Estudio cualitativo que utilizó entrevistas semiestructuradas.	Estudio cualitativo utilizando entrevistas semiestructuradas, que fueron grabadas en	Los adultos australianos con T1DM perciben y experimentan el estigma específico de	La estigmatización es parte de la experiencia social de vivir con T1DM para adultos

<p>Jane Speight, 2014</p>	<p>relacionado con la diabetes desde la perspectiva de adultos con diabetes mellitus tipo 1.</p>	<p>Victoria, Australia. un total de 27 adultos formaron parte de la investigación n: 15 (56%) eran mujeres; la mediana de las edades fue 43 años y de la duración de la diabetes de 15 años.</p>		<p>audio, transcritas y sujetas a análisis temático. todas las entrevistas se realizaron en entornos no clínicos en áreas metropolitanas de Victoria, Australia</p>	<p>T1DM y el estigma asociado a la diabetes tipo 2. Tal estigma se caracteriza por culpa, juicio social negativo, estereotipos, exclusión, rechazo y discriminación. Los participantes identificaron a los medios, familiares y amigos, profesionales</p>	<p>australianos. Estrategias e intervenciones para abordar y mitigar este estigma relacionado debe ser desarrollado y evaluado.</p>
---------------------------	--	--	--	---	---	---

					de la salud y maestros de escuela como fuentes de estigma. Las consecuencias negativas de este estigma abarcan numerosos dominios de la vida, incluido el impacto en las relaciones y la identidad social, el bienestar emocional y el manejo
--	--	--	--	--	---

					conductual de la DM1	
Asuka Kato, Yuko Fujimaki, Shin Fujimori, Akihiro Isogawa, Yukiko Onishi, Ryo Suzuki, Toshimas a Yamauchi, Kohjiro	La creciente evidencia cualitativa revela que muchos pacientes con enfermedades crónicas luchan por reconstruir una imagen positiva de sí mismos después del diagnóstico. Un factor que	Se utilizó una muestra consecutiva de 209 pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 tratados por endocrinólogos en dos hospitales universitarios, un hospital general y una clínica	Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple.	Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para probar la relación entre los niveles de activación de los pacientes para comportamiento de autocuidado (variable dependiente) y autoestigma,	Hubo una asociación significativa entre el autoestigma y los niveles de activación para las conductas de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 (R-2 ajustado = 0,26, F(12,196) =	El autoestigma es un factor independiente negativo, que afecta los comportamientos de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2. El autoestigma también tiene, al menos, un

<p>Ueki, Takashi Kadowaki, Hideki Hashimoto, 2016</p>	<p>desestabiliza las identidades de los pacientes es el autoestigma, que parece afectar sus objetivos conductuales a través de la disminución de la autoeficacia. La hipótesis fue que el autoestigma sería un factor independiente, distinto de la</p>	<p>en Japón.</p>		<p>autoeficacia y síntomas de depresión (variables independientes), ajustando por covariables que implican características sociodemográficas y clínicas.</p>	<p>7,20, <math>p &lt; 0,001</math>). El coeficiente de regresión parcial estandarizado del autoestigma fue de -0,23 (<math>p = 0,001</math>), mientras que el de autoeficacia fue de 0,19 (<math>p = 0,007</math>).</p>	<p>impacto similar en los comportamientos de autocuidado a la autoeficacia. Para optimizar los resultados del tratamiento, se debe minimizar el autoestigma de los pacientes, mientras que se debe mejorar su autoeficacia.</p>
---	---	------------------	--	--	---	---

	autoeficacia, para desarrollar comportamientos de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2.					
Browne JL, Ventura AD, Mosely K, Speight J, 2016	Desarrollar y validar una medida de autoinforme del estigma percibido y experimentado para usar con adultos con diabetes	1.064 adultos con diabetes tipo 2	Un total de 1.064 adultos con diabetes tipo 2 completaron la encuesta que incluye los 48 ítems seleccionados. Los datos	Se diseñó un conjunto de elementos basado en datos cualitativos de 25 adultos con diabetes tipo 2 y contenido de otros	La escala se redujo a 19 ítems, con una solución no forzada de tres factores indicativa de tres subescalas: tratada de	El DSAS-2 de 19 ítems es una medida confiable y válida del estigma de la diabetes tipo 2. Un riguroso proceso de diseño y

	<p>tipo 2: la Escala de evaluación del estigma de la diabetes tipo 2 (DSAS-2).</p>		<p>estuvieron sujetos al análisis de componentes principales y a las correlaciones de rho de Spearman.</p>	<p>cuestionarios de estigma relacionados con la salud. Trece adultos con diabetes tipo 2 completaron 57 artículos preliminares de estigma de la diabetes y participaron en entrevistas de información cognitiva. Con base en los comentarios de los participantes, el</p>	<p>manera diferente (6 ítems, alfa = 0,88), culpa y juicio (7 ítems, alfa = 0,90) y autoestigma (6 ítems), alfa = 0,90). Una solución forzada de un factor apoyó el cálculo de una puntuación total (alfa = 0,95). Se demostraron validez concurrente, convergente y</p>	<p>validación ha resultado en una medida relativamente breve del estigma percibido y experimentado en la diabetes tipo 2. La nueva escala tiene propiedades psicométricas satisfactorias y ahora está disponible para facilitar investigaciones muy</p>
--	--	--	--	---	--	---

				<p>conjunto se redujo a 48 elementos con una escala de Likert de 5 puntos.</p> <p>Los datos estuvieron sujetos al análisis de componentes principales y a las correlaciones de rho de Spearman.</p>	discriminante satisfactoria.	necesarias en este campo.
Patrick W. Corrigan, 2013	Los investigadores tienen como propósito	No lo detalla	No lo detalla	Revisión de la literatura	El estigma público es la forma más prominente	En este artículo, definimos más completament

	<p>estudiar este fenómeno como estigma y han comenzado a examinar formas de reducirlo estigma</p>				<p>observada y estudiada, ya que representa el prejuicios y discriminación dirigida a un grupo por la población en general. El autoestigma ocurre cuando la gente internaliza estas actitudes públicas y sufre numerosas consecuencias negativas</p>	<p>e el concepto de autoestigma y describimos las consecuencia s del autoestigma para las personas con enfermedad mental. También se examinó las ventajas y desventajas de la divulgación para reducir el impacto del</p>
--	---	--	--	--	--	---

					como resultado	estigma. Además, se argumenta que una clave para desafiar el autoestigma es promover el empoderamiento personal. Por último, hablamos de individuos y métodos a nivel de la sociedad para reducir el autoestigma, programas dirigidos por
--	--	--	--	--	----------------	---

						pares, así como aquellos dirigidos por proveedores de servicios sociales.
Kato A, Fujimaki Y, Fujimori, 2018	El objetivo de este estudio fue evaluar los patrones psicológicos y conductuales del estigma (autoestima y participación social) y su relación con el autoestigma, la activación	Muestra consecutiva de 209 pacientes ambulatorios con DM2. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: presencia de DM2, de entre 20 y 74	Cuestionario autoadministrado para evaluar la Escala de Autoestima de Rosenberg (SES), las 3 subescalas de la Encuesta de Salud de Forma Corta de 36	Estudio transversal	En nuestro estudio cualitativo anterior, encontramos que los patrones psicológicos y de comportamiento del estigma varían según los niveles de	El patrón psicológico y conductual del grupo D se asoció con mayores niveles de autoestigma y una peor activación de los pacientes para el autocuidado.

	<p>del paciente para autocuidado y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).</p>	<p>años, sin diagnóstico de demencia y / o psicosis, y sin necesidad de procedimientos médicos urgentes.</p>	<p>preguntas (SF-36, Función Social, Función Física, Papel Emocional), Autoestigma - Escala y medida de activación del paciente (PAM-13).</p>		<p>autoestima relacionada con la enfermedad de los pacientes, así como las actitudes hacia la participación social. Para la coherencia cuantitativa, utilizamos la escala SES para medir la autoestima y las subescalas SF-36 para medir la participación social. Luego</p>	
--	--	--	---	--	---	--

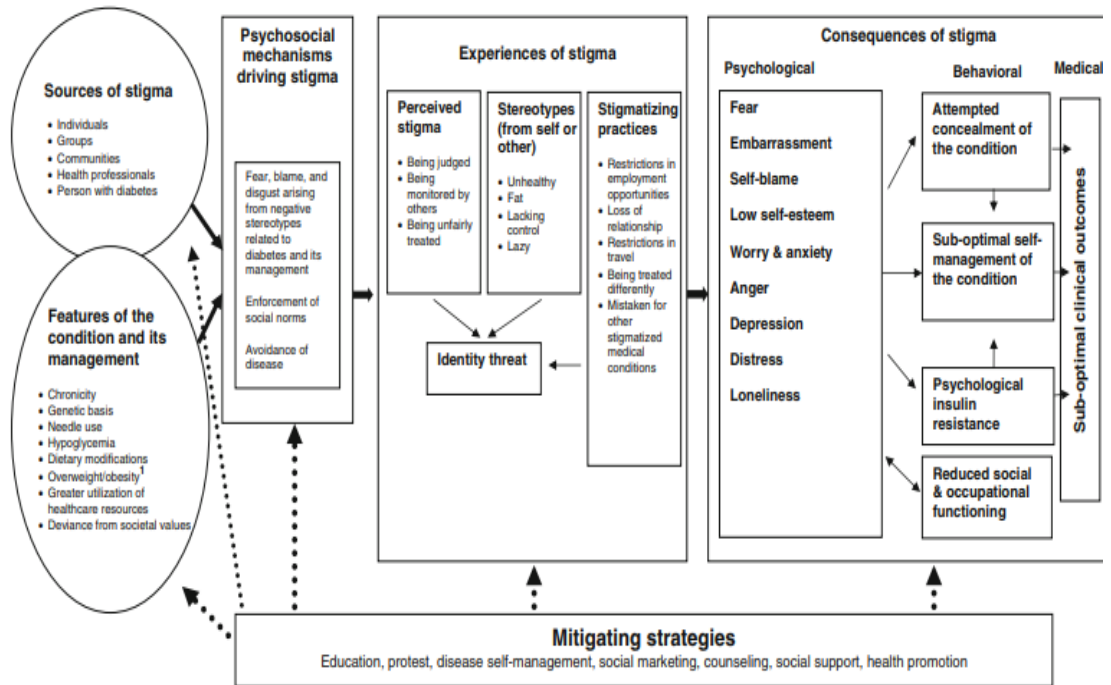
					<p>dividimos a los participantes en 4 grupos exhibiendo patrones psicológicos y de comportamiento: grupo A (alto SES / alto SF-36), grupo B (alto SES / bajo SF-36), grupo C (bajo SES / alto SF-36) y grupo D (bajo SES / bajo SF36).</p> <p>Resultados: Usando el</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>análisis de covarianza después de controlar por edad y sexo, hubo una diferencia significativa en los niveles de autoestigma entre los cuatro grupos (F [3203] = 15.70, p &lt;0.001). Observamos los niveles medios más altos de autoestigma</p>
--	--	--	--	--	---

					en el grupo D. El grupo D también tenía puntuaciones de PAM-13 significativamente más bajas que las de los grupos A ( $p < 0,001$ ) y B ( $p = 0,02$ ).	
Sapunar, J. (2016)	El propósito de este artículo es describir la situación de la DM en Chile, partiendo por la frecuencia,	Pacientes con DM en Chile	Estadísticas	Analítica	La importancia epidemiológica de la diabetes mellitus no depende solamente de su frecuencia,	La frecuencia, morbilidad y mortalidad de la diabetes mellitus, se suman para explicar que el

	<p>factores de riesgo asociados a su ocurrencia, complicaciones y costos en salud. Como en otras revisiones bibliográficas, analizaremos por separado tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional</p>				<p>sino también de la carga de morbilidad y mortalidad asociada, por la cual esta enfermedad es causa principal de insuficiencia renal, ceguera y amputaciones de extremidades inferiores en Chile.</p>	<p>manejo de la enfermedad y sus complicaciones consuma el 10,2% del presupuesto en salud de Chile.</p>
--	---	--	--	--	---	---

Anexo n° 6.2: “A framework for understanding diabetes- related stigma”.



<sup>1</sup>Type 2 diabetes only

Fig. 1 A framework for understanding diabetes-related stigma

(Jasmin Schabert, 2013)

Anexo n° 6.3: “Tabla de Variables”

Variable	Definición	Medición / Indicador	Operacionalización	Tipo de variable
Nivel de autoestigma	Medición subjetiva que se obtiene mediante el puntaje total de la DSAS2	Puntaje total de la DSAS-2	Puntaje continuo entre 19 - 95 puntos	Cuantitativa continua primaria
Dimensión 1: Tratados diferente	Medición subjetiva que el entrevistado verbaliza respecto a cómo lo trata el resto de las personas según los resultados de la dimensión 1 de la DSAS-2.	Puntaje total de la dimensión 1 de la escala DSAS-2. De 6 a 30puntos.	1. No se sienten tratados diferentes 2. Se sienten levemente tratados diferentes 3. Se sienten moderadamente tratados diferentes 4. Se sienten altamente tratados diferentes (puntos)	Cualitativa ordinal primaria

<p>Ítem 1:</p> <p>Algunas personas creen que no puedo cumplir mis responsabilidades (ej: trabajo, familia) porque tengo diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado respecto a sentir que el resto cree que no es capaz de cumplir adecuadamente con su labor en todos los ámbitos de su vida, según el indicador con el que refiera sentirse identificado.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3.Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Ítem 2 dimensión 1 DASS</p>	<p>Corresponde a la pregunta dos del instrumento</p> <p>Algunas personas me tratan como si estuviera enfermo porque tengo diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Puntaje obtenido en escala tipo likert de 1 a 5</p>	<p>1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3.Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

<p>Ítem 2:</p> <p>Algunas personas me tratan como si estuviera enfermo porque tengo diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiera sentirse identificado) respecto a sentir que algunas personas lo tratan como si estuviese enfermo por padecer DM2.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Ítem 3:</p> <p>Algunas personas me “miran en menos” porque tengo diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiera sentirse identificado) respecto a sentir que algunas personas los “miran en</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

	menos” por padecer DM2			
<p>Ítem 4:</p> <p>Algunas personas me excluyen de situaciones sociales que incluyen comida/bebidas que ellos piensan que yo no debería consumir</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiera sentirse identificado) respecto a sentirse excluidos de algunas situaciones sociales por algunas personas que creen que ellos no deberían</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1.Muy en desacuerdo</p> <p>2. En desacuerdo</p> <p>3.Indeciso</p> <p>4. De acuerdo</p> <p>5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

	consumir las comidas/bebidas que habría en el evento.			
Ítem 5: He sido discriminado en mi trabajo por mi diabetes mellitus tipo 2.	Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiera sentirse identificado) respecto a sentirse discriminado en su trabajo por padecer DM2	Puntaje que el entrevistado le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa Ordinal Primaria

<p>Ítem 6:</p> <p>He sido rechazado por otros (ej: amigos, colegas, parejas) por mi diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiera sentirse identificado) respecto a sentir que ha sido rechazado por sus pares por padecer DM2.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Dimensión 2:</p> <p>Culpa y juicio</p>	<p>Medición subjetiva que el entrevistado verbaliza respecto a si sienten culpa y juicio por padecer DM2 según los resultados de la dimensión 2 de la DSAS-2.</p>	<p>Puntaje total de la dimensión 2 de la DSAS-2. De 7 a 35 puntos.</p>	<p>1. No sienten culpa ni juicio (8 puntos) 2. Sienten culpa y juicio levemente (9-17 puntos) 3. Sienten culpa y juicio moderadamente (17-26 puntos) 4. Sienten mucha culpa</p>	<p>Cualitativa ordinal primaria</p>

			y juicio. (27-35 puntos)	
<p>Ítem 1a:</p> <p>Me han dicho que yo me causé la diabetes mellitus tipo 2 (me la busqué).</p>	<p>Lo que nos refiera el paciente según qué tan de acuerdo este con la afirmación de este ítem, dependiendo si le han acusado de causar la DM2 que padece.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación.</p> <p>(1-5)</p>	<p>1.Muy en desacuerdo</p> <p>2. En desacuerdo</p> <p>3.Indeciso</p> <p>4. De acuerdo</p> <p>5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

<p>Ítem 2a:</p> <p>Hay culpa y vergüenza en la diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a sentir que existe culpa y vergüenza en padecer DM2</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Ítem 3a:</p> <p>Porque tengo diabetes mellitus tipo 2, algunas personas me juzgan por mis opciones alimentarias.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a sentirse juzgado por otras personas por sus opciones alimentarias.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

<p>Ítem 4 a:</p> <p>Los profesionales de la salud piensan que las personas con diabetes mellitus tipo 2 no saben cuidar de sí mismos.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a sentir que los profesionales de salud piensan que aquellos que padecen DM2 no pueden cuidar de sí mismos.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Ítem 5 a:</p> <p>Por mi diabetes mellitus tipo 2, profesionales de la salud me han juzgado negativamente</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a haberse sentido</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

	juzgado por profesionales de la salud por padecer DM2	afirmación. (1-5)		
Ítem 6 a: Existe un estigma negativo de la diabetes mellitus tipo 2 que dice que es una enfermedad del estilo de vida.	Lo que nos refiera el entrevistado según qué tan de acuerdo este con la afirmación de este ítem, respecto a si percibe que existe un estigma negativo de la DM2, de que es una enfermedad del estilo de vida.	Puntaje que el entrevistado le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa Ordinal Primaria

<p>Ítem 7 a: Porque tengo diabetes mellitus tipo 2, algunas personas asumen que debo ser obeso/sobrepeso o lo he sido en el pasado.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a que algunas personas piensan que por padecer DM2 ellos son o han sido obesos/sobrepeso</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Dimensión 3: Autoestigma</p>	<p>Medición subjetiva que el entrevistado verbaliza respecto a si sienten autoestigma por padecer DM2 según los resultados de la</p>	<p>Puntaje total de la dimensión 3 de la DSAS-2</p>	<p>1. No sienten autoestima (6 puntos) 2. Sienten autoestigma levemente (7-14 puntos) 3. Sienten autoestigma moderadamente</p>	<p>Cualitativa</p>

	dimensión 3 de la DSAS-2.		nte (15-22 puntos) 4. Sienten mucho autoestigma (23-30 puntos)	
Ítem 1 b: Me siento avergonzado en situaciones sociales por mi diabetes mellitus tipo 2.	Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a sentirse avergonzado en situaciones sociales por padecer DM2	Puntaje que el entrevistado le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa Ordinal Primaria

<p>Ítem 2 b:</p> <p>Me siento avergonzado de tener diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a sentir vergüenza por padecer DM2</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo</p> <p>2. En desacuerdo</p> <p>3. Indeciso</p> <p>4. De acuerdo</p> <p>5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Ítem 3 b:</p> <p>Me culpo a mí mismo por tener diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Lo que nos refiera el entrevistado según qué tan de acuerdo este con la afirmación de este ítem, respecto a culparse a sí mismo por padecer DM2.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo</p> <p>2. En desacuerdo</p> <p>3. Indeciso</p> <p>4. De acuerdo</p> <p>5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

<p>Ítem 4b:</p> <p>Porque tengo diabetes mellitus tipo 2, siento que no soy lo suficientemente bueno.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto no sentirse “lo suficientemente bueno” por padecer DM2.</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3.Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Ítem 5b:</p> <p>El tener diabetes mellitus tipo 2 me hace sentir como un fracaso.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto sentirse fracasado por padecer DM2</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3.Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>

<p>Ítem 6 b:</p> <p>Me siento culpable por tener diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Percepción subjetiva del entrevistado (según el indicador con el que refiere sentirse identificado) respecto a sentirse culpable por padecer DM2</p>	<p>Puntaje que el entrevistado o le dé a este ítem según qué tan de acuerdo este con la afirmación. (1-5)</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indeciso 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p>	<p>Cualitativa Ordinal Primaria</p>
<p>Ítem 1c: Edad</p>	<p>La edad que el individuo refiere tener al momento de la entrevista. (mayor de 40 años)</p>	<p>Edad en años.</p>	<p>40 años en adelante</p>	<p>Cuantitativa discreta secundaria</p>

<p>Ítem 2 c:</p> <p>Tiempo transcurrido desde el diagnóstico</p>	<p>Tiempo aproximado que el individuo refiere que ha ocurrido desde su diagnóstico.</p>	<p>-6 meses o menos</p> <p>-Entre 6 meses y 1 año</p> <p>-de 1 a 5 años</p> <p>- Entre 5 y 10 años</p> <p>- 10 años o más</p>	<p>1. 6 meses o menos</p> <p>2. entre 7 meses y un año.</p> <p>3. de 13 meses a 5 años</p> <p>4. entre 6 y 10 años</p> <p>5. 10 años o más</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p> <p>secundario</p>
<p>Ítem 4c: sexo</p>	<p>Sexo que el entrevistado refiere durante la entrevista.</p>	<p>Femenino o masculino.</p>	<p>1. Femenino</p> <p>2. Masculino</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>secundario</p>

Ítem 4c: nivel de escolaridad	Nivel de escolaridad completado al momento de la entrevista	Enseñanza básica completa, enseñanza media completa, estudios técnicos, estudios universitarios	1.Ninguno 2.Educación básica incompleta 3.Educación básica completa (Hasta segundo de humanidades ) 4.Educación media incompleta 5.Educación media completa (Hasta sexto de humanidades ) 6.Estudios superiores	Cualitativa ordinal secundario
-------------------------------	---	---	--	--------------------------------

<p>Ítem 5c: Ocupación</p>	<p>Lo que el individuo nos refiera al momento de la entrevista</p>	<p>En lo que se desempeña diariamente</p>	<p>1. Pensionado 2. Dueña de casa 3. Trabaja tiempo completo 4. Trabajo parcial o informal 5. Cesante</p>	<p>Cualitativo nominal secundario</p>
<p>Ítem 6 c: Tipo de tratamiento farmacológico</p>	<p>Lo que el individuo nos refiera al momento de la entrevista sobre si utiliza insulina o no</p>	<p>Respuesta a la pregunta cerrada: ¿qué tratamiento para la diabetes tiene indicado?</p>	<p>1. Insulina 2. Metformina 3. Glibenclamida</p>	<p>Cualitativo dicotómica primaria</p>

Anexo n° 6.4: "Certificado título traductor"



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

**CERTIFICADO DE TÍTULO**

Certifico que conforme con la reglamentación de la Universidad, con fecha **11 DE ENERO DE 2007** según consta del expediente correspondiente, se otorgó el **TÍTULO DE PROFESORA DE EDUCACION MEDIA EN INGLES** a doña **LEYLA ISABEL SOTO PARRA**, RUT 13.064.255-1.

Fue aprobado **CON UN VOTO DE DISTINCION.**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rodrigo Urzua Martínez".

RODRIGO URZUA MARTINEZ  
PRO SECRETARIO GENERAL  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE  
FIRMA Y TIMBRE

Santiago de Chile, 1 de Marzo de 2007.

## **Anexo n° 6.5 Autoevaluación**

Durante el año 2018, en el ramo de investigación cuantitativa, al desarrollar nuestro proyecto de investigación, nos surgieron bastantes cambios al pasar los meses, donde partiendo por la muestra, en un principio quisimos incluir a pacientes con diabetes *mellitus* 1 y 2, pero al conversar con nuestro tutor, incluir a pacientes con diabetes mellitus 1, que la población magra de esta son menores de edad, se nos sería más dificultoso trabajar con ellos, ya que, se necesita el consentimiento de los padres y ellos deben estar presentes en todo momento, por lo que en ese lapso de tiempo, tuvimos que cambiar el título, marco teórico, nuestra pregunta y objetivos planteados dentro de las primeras semanas de investigación, luego con los cambios pertinentes que realizamos al presentar la segunda entrega, conversando con el comité evaluador, el verbo que usábamos para los objetivos específicos no eran los indicados, por lo que, también realizamos el cambio, junto con esto, hemos realizado semana a semana, las diferentes correcciones que nos realizaba nuestro tutor, por lo que hemos estado constantemente realizando cambios en nuestro proyecto de tesis.

Durante el primer semestre del año 2019, se nos cambió el tutor con el cual habíamos realizado todo el año 2018 el proyecto de tesis, por lo que nos hemos tenido que adecuar a las nueva tutora guías, modificando constantemente el protocolo de investigación.

A nivel grupal consideramos que al realizar nuestro proyecto de tesis cuantitativa, hemos presentado múltiples fortalezas como grupo, ya que, al ser compañeras y amigas desde que comenzó nuestro camino universitario tenemos una estructura de trabajo muy similar, considerándonos bastante responsables a la hora de trabajar, en asistir a clases, de preguntar cuando se nos presentan inquietudes, hemos trabajado constantemente todas las semanas que se nos han dispuesto para entregar un trabajo acorde con nuestra responsabilidad dentro del rol de enfermería, junto con esto, consideramos que, el tema que hemos escogido para investigar; el autoestigma que presentan las personas con diabetes *mellitus* 2,

está vagamente estudiado e implementado en nuestro país, por lo que, consideramos que al llevarla a cabo tendremos más herramientas, para poder enfrentarnos a este tipo de pacientes dentro de nuestra carrera profesional.

A pesar de presentar las fortalezas que hemos mencionado anteriormente, también presentamos debilidades a nivel grupal, ya que, consideramos que hemos sido dependientes de nuestro tutor guía, siendo bastantes insistentes en cuanto a las correcciones, debido a una gran cuota de ansiedad que presentamos las cuatro integrantes de nuestro grupo, por lo que a lo largo del semestre, hemos trabajado en ello, hemos intentado ser más pacientes, hemos disminuido la cuota de ansiedad, por lo que creemos hemos avanzado lento pero seguro a lo largo de estos meses. Además, al estar en internado las integrantes el tiempo destinado para el presente informe disminuye, con lo cual hemos tenido que buscar otro tipo de herramientas para poder entregar a tiempo y completa los avances que se solicitan durante el curso.

Respecto a temas a mejorar para los próximos trabajos de investigación, creemos que es ser un poco más ordenadas respecto al respaldo de nuestro trabajo, ya que, como solíamos enviarnos los documentos por mail, se nos empezaron a mezclar unos con otros.