



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

**Título de la Ponencia:** “FACTORES ASOCIADOS AL AUTOESTIGMA DE LA  
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS”

**Autora:** Mg. Mariela Alexandra Suárez Barba  
**Profesora Guía:** PhD. Vania Angélica Martínez Nahuel

**Afiliación:** Universidad de Chile e Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y  
Personalidad (MIDAP)

**Correos electrónicos:** [mariela\\_alexandras@hotmail.com](mailto:mariela_alexandras@hotmail.com)  
[vaniamartinezn@gmail.com](mailto:vaniamartinezn@gmail.com)

**Áreas del Conocimiento:** La psicología frente a las expectativas y necesidades de la  
sociedad actual y Aportes de la investigación en psicología.

## RESUMEN

El autoestigma de la depresión es internalizar y aplicar sobre uno mismo las creencias negativas acerca de la enfermedad. Se asocia a menor búsqueda de ayuda profesional, apoyo familiar y social.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre autoestigma de la depresión y factores sociodemográficos, historia personal-parental de depresión, sintomatología ansiosa-depresiva, y calidad de vida en adolescentes escolarizados chilenos.

Fue un estudio no experimental de tipo transversal y correlacional. Participaron 192 estudiantes de ambos sexos de 8° básico a 3° medio de tres colegios particulares subvencionados de Santiago, Chile. Para el análisis de datos se utilizó la prueba t de Student, ANOVA, coeficiente de Pearson y Regresión Lineal.

Entre los resultados obtenidos, los factores asociados al autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados son: los adolescentes que no saben si tuvieron depresión, historia parental de depresión, mayor sintomatología depresiva, mayor sintomatología ansiosa, y menor calidad de vida.

El fenómeno del autoestigma de la depresión en los participantes tiene mayor ocurrencia en aquellos que no saben si tuvieron una historia personal de depresión. Esto implica que están propensos a conductas riesgosas que perjudican su integridad física y psicológica, inhibición de búsqueda de ayuda y dificultades individuales a largo plazo.

Es importante abordar el Autoestigma de la depresión en el tratamiento de depresión en adolescentes pues la historia de tratamiento por depresión deviene en mayor inadecuación social y no determina menos autoestigma de la depresión.

**PALABRAS CLAVE:** depresión, estigma, autoestigma, adolescentes.

## Introducción

El Estigma de la enfermedad mental es una característica que implica devaluación y discriminación hacia una persona portadora de un diagnóstico psiquiátrico; por lo tanto, la posicionan en una situación de desventaja que perjudica todas sus áreas vitales y la consecución de objetivos personales. Las actitudes estigmatizantes hacia las personas que presentan una enfermedad mental provocan exclusión, dificultad en la integración social de estas personas y familias, alta vulnerabilidad a desarrollar conductas auto-lesivas, auto-excluyentes y riesgosas (Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, 2009).

Kessler et al. (2009) indican que la prevalencia estimada a nivel mundial del padecimiento de una enfermedad mental fluctúa entre 12,0% y 47,4%. Respecto a Latinoamérica y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos tienen un porcentaje de 22% de la carga total de enfermedades (Rodríguez, Kohn, & Aguilar, 2009).

Mascayano et al. (2016) señalan que el estigma hacia personas que tienen una enfermedad mental se ha estudiado en Europa, África, Asia y Norteamérica durante casi medio siglo.

Estos autores realizaron una revisión sistemática de investigaciones acerca del estigma de la enfermedad mental encontrando 26 estudios de siete países de América Latina y el Caribe.

Los clasificaron en las categorías de estigma público (actitudes estigmatizantes de la sociedad acerca de la enfermedad mental), estigma del usuario o autoestigma (creencias negativas de la enfermedad mental producto de las actitudes estigmatizantes de la sociedad, que una persona las atribuye a sí misma), estigma familiar (actitudes estigmatizantes hacia un familiar por la enfermedad mental) y estigmas múltiples (estudios con más de un tipo de estigma). Encontraron que el estigma público era el más investigado representaba el 46,2%, seguido por el estigma del usuario o autoestigma que correspondía al 26,9%. El estigma familiar constituía el 11,5%, y el 15,3% fueron estudios de estigmas múltiples (Mascayano et al., 2016).

También, en el estigma público, identificaron que los encuestados asociaban un comportamiento extraño o inadecuado y agresividad a las personas que tenían un trastorno psiquiátrico. Además, reportaban altas puntuaciones en restricción social y mayor predicción pesimista de recuperación para las personas con una enfermedad mental. En una muestra de empleadores, los resultados indicaron devaluación de las competencias laborales de personas con esquizofrenia, puesto que un 68% no cumplían a cabalidad las tareas simples.

Referente al estigma del usuario o autoestigma, encontraron que estas personas sufrían de discriminación, rechazo, diferencia, deterioro funcional, hostilidad familiar, falta de beneficios de bienestar social, despido de empleo, aislamiento y exclusión social si revelaban su diagnóstico psiquiátrico (Mascayano et al., 2016).

Correspondiente al estigma familiar, distinguieron un conocimiento limitado sobre la enfermedad mental en la familia previo al diagnóstico psiquiátrico de sus familiares.

Frecuentemente, las familias experimentaban negación, frustración y dolor. Sin embargo, tenían menos probabilidad a evitar el contacto, mostraban mayor amabilidad y socializaban con personas con trastornos mentales. Concerniente a estudios con estigmas múltiples, encontraron que el contacto familiar con la enfermedad mental también determinaba vergüenza y distancia social lo que generaba que estas personas tengan un perfil etiquetador. Asimismo, que el diagnóstico de esquizofrenia desencadenaba estigma y discriminación. Y que el género femenino estaba asociado a enfermedades mentales (Mascayano et al., 2016).

Kaushik, Kostaki y Kyriakopoulos (2016) manifiestan que uno de cada diez niños y adolescentes padecen de dificultades de salud mental, pero menos de un tercio busca tratamiento. La mitad de todos los casos de enfermedad mental de por vida tienen un inicio a los 14 años de edad (Sawyer et al., 2001).

Los pacientes jóvenes tienen peores resultados en salud física y sexual que su grupo de pares sin problemas de salud mental (Barkley, 2002) y han aumentado las tasas de muerte por suicidio y accidentes (Gould et al., 2004).

La enfermedad mental no tratada significa dificultades individuales duraderas y representa una gran carga para la salud pública. Tener una dificultad en salud mental desde una edad temprana se asocia con un mal desempeño educativo, perturbación familiar, abuso de sustancias y violencia. Las iniciativas para reducir la estigmatización hacia las enfermedades mentales han sido infructuosas, esto muestra la necesidad de una comprensión más precisa de los procesos estigmatizantes a los que se enfrentan los niños y adolescentes, de manera que se diseñen intervenciones más efectivas (Kaushik et al., 2016).

El uso de los servicios de salud mental por niños y adolescentes es bajo y el estigma ha sido identificado como una barrera para la búsqueda de ayuda (Penn et al., 2001).

Kaushik et al., (2016) efectuaron una revisión sistemática y encontraron 42 estudios de la literatura científica acerca del estigma público y autoestigma por parte de adultos y compañeros a niños y adolescentes con dificultades de salud mental. Los resultados generales de esta revisión fueron que los niveles de estigmatización variaban dependiendo de las características tanto de los estigmatizadores como de los estigmatizados.

Se constata que los niños y adolescentes con dificultades de salud mental al igual que los adultos sufrieron más discriminación que su colectivo con otras necesidades de salud.

Estos mismos autores añaden que la culpa/responsabilidad varió según el diagnóstico y cuando las atribuciones causales de la enfermedad eran ajenas del niño y adolescente con dificultades de salud mental eran eximidos de culpa por presentar un trastorno mental.

Correspondiente a intenciones conductuales y distancia social, el diagnóstico influyó en el deseo de distancia social. Por otro lado, las creencias y actitudes negativas se reflejaron con respuestas conductuales negativas. La peligrosidad fue asociada aunque

no siempre con trastornos psicóticos o de comportamiento e incluso identificada como una creencia estigmatizante en la depresión (Kaushik et al., 2016).

En cuanto a la familiaridad (significa haber conocido o estado en contacto con una persona que tenía una enfermedad mental), los resultados fueron inconsistentes, por un lado, la familiaridad disminuía las actitudes estigmatizantes; y por otro lado, aumentaba la estigmatización.

Acerca de la etiqueta de salud mental, los niños y adolescentes sin problemas de salud mental reaccionaban al comportamiento más que a la etiqueta de los niños con problemas de salud mental. Referente al diagnóstico en salud mental, hubo evidencia de variedad en las opiniones estigmatizantes basadas en el diagnóstico de los participantes. Los adultos parecen estigmatizar más la depresión que al TDAH (Kaushik et al., 2016).

Relativo a la demografía, los varones eran más estigmatizados y estigmatizantes que las mujeres en niños y adolescentes que tienen dificultades en salud mental, aspecto compartido con la literatura de adultos. También, las creencias estigmatizantes en su mayor parte parecían aumentar con la edad, posiblemente a medida que aumentaba la conciencia de los niños sobre las dificultades de salud mental.

Respecto al estatus socioeconómico y etnicidad, los estudios eran muy pocos y variados en su metodología. Concerniente a las actitudes de autoestigma, éstas eran menores en los niños y adolescentes a un 25% que las cifras de autoestigma reportadas en los adultos. El autoestigma de la enfermedad mental condujo al secreto y a evitar intervenciones profesionales (Kaushik et al., 2016).

La estigmatización de niños y adolescentes debida a una enfermedad mental es un problema universal e incapacitante (Kaushik et al., 2016). En la adolescencia, las actitudes estigmatizantes hacia las personas con enfermedades mentales son comunes en este grupo etario y generan gran preocupación para aquellos que las presentan (Hinshaw 2005).

Estas actitudes pueden actuar como barreras para la búsqueda de ayuda, interfieren con el tratamiento y afectan negativamente la calidad de vida. También, ocasionan que un joven se sienta anormal, dependiente de los otros y desconectado socialmente (Corrigan, 2004).

Respecto a la búsqueda de ayuda por parte de los jóvenes, la evidencias muestran que sólo un tercio de los adolescentes con sintomatología de ansiedad y depresión buscan la ayuda adecuada (Zachrisson, Rodje & Mykletun, 2006). Esto se debería al autoestigma de la enfermedad mental.

En base a los estudios realizados por: Barkley, 2002; Caelear, Griffiths, y Christensen, 2011; Corrigan, 2004; Dolphin y Hennesy, 2016; Gould et al., 2004 ; Hinshaw, 2005; Kaushik, Kostaki y Kyriakopoulos, 2016; Kessler et al., 2009 ; Mascayano et al., 2016 ; Muñoz, Pérez, Crespo, y Guillén, 2009; Penn et al., 2001 ; Reavley y Jorm, 2011; Rodríguez, Kohn, y Aguilar, 2009; Sawyer et al., 2001 y Zachrisson, Rodje y Mykletun, 2006; la autora considera que el estigma de la enfermedad mental es un fenómeno

psicológico y social universal, que afecta a las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico; pues su condición de salud está teñida por estereotipos y prejuicios sobredimensionados por la sociedad, que restringen sus oportunidades de vida e inmersión social.

Estas actitudes estigmatizantes de la sociedad sobre la enfermedad mental conforman el estigma público, que al ser internalizado por las personas que padecen un trastorno psiquiátrico, da lugar al autoestigma de la enfermedad mental. Esto implica que la persona asuma la identidad de la enfermedad mental y actitudes estigmatizantes de la sociedad como dominantes. Y que al revelar su diagnóstico psiquiátrico sea víctima de discriminación y exclusión.

El estigma de la enfermedad mental en niños y adolescentes tiene las mismas connotaciones: actitudes estigmatizantes, discriminación y distancia social. El autoestigma de la enfermedad en la población infanto-juvenil induce al secreto lo que interfiere en un tratamiento oportuno, por temor a ser identificado como paciente psiquiátrico. Una enfermedad mental no tratada conlleva al recrudecimiento de síntomas, dificultades psicosociales y una pobre calidad de vida.

En la adolescencia, el autoestigma de la enfermedad mental interfiere en su desarrollo, en especial en la esfera emocional y esfera social, porque están expuestos a reacciones y conductas negativas por parte de su grupo de pares y adultos. También, se constituye en un obstáculo para la búsqueda de asistencia profesional, apoyo familiar y adherencia al tratamiento.

## **DESARROLLO**

### **Generalidades de Depresión en Niños y Adolescentes**

Larraguibel (2015) muestra que la prevalencia de los trastornos del ánimo en América Latina y el Caribe oscila entre 5% y 9% en la población general. Dichos trastornos tienen una fuerte propensión a aumentar con el tiempo, se espera que para el año 2020, un aproximado de 36 millones de personas desarrollen un cuadro depresivo en esta parte del mundo.

El trastorno depresivo afecta a cualquier persona sin hacer distinción de edad, etnia y nivel socioeconómico. No obstante, hay predominio en las mujeres más que en los hombres. Se presenta en cualquier etapa de la vida, teniendo un inicio en la niñez y adolescencia (Acosta et al., 2011).

García (2012) manifiesta que la depresión en niños puede estar enmascarada en manifestaciones clínicas emocionales, conductuales o somáticas. Se incrementa en la pubertad por los cambios hormonales asociados a cambios en la morfología del cerebro

y el procesamiento de la información social. También, existe una interacción entre genes y ambiente.

Asimismo, el autor menciona que la depresión de inicio temprano antes de los 15 años está vinculada a psicopatología parental, disfuncionalidad familiar, dificultades neurocognitivas, comorbilidad emocional y conductual. Los adolescentes que manifestaron episodios depresivos tienen una doble probabilidad de continuidad en comparación de su colectivo que no presentó depresión.

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad que se caracteriza por un estado permanente de irritabilidad, disminución de interés o placer, alteraciones en el peso, apetito, sueño y psicomotricidad, debilidad, culpabilidad e inutilidad marcada e inadecuada; dificultades en la concentración, toma de decisiones, pensamientos de muerte e ideas suicidas recurrentes (sin /con plan específico de intento de suicidio) casi todos los días, durante dos semanas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La depresión trae consecuencias negativas que constituyen un riesgo para la salud de niños y adolescentes que la padecen, puesto que es un trastorno clínico que implica dificultades de adaptación psicosocial prolongada, con un alto riesgo de suicidalidad que afecta a un importante porcentaje de la población (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

### **Investigaciones de Depresión realizadas en Chile**

En Chile, la depresión tiene una prevalencia en la niñez de un 2% y en la adolescencia entre 4% a 8%, aumentando de acuerdo al período evolutivo, lo que representa un riesgo de 2 a 4 veces mayor después de la pubertad, especialmente en mujeres. En cuanto a la diferencia por sexo, la relación entre mujeres y hombres es de 1:1 en menores de 10 años y de 2:1 en la adolescencia. Coexisten cuadros sub-sindromáticos que pueden afectar entre un 5% a un 10% de niños y adolescentes. La prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor varía desde 3,3% a 12, 4% y para Distimia desde 2,0% a 6,4% (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

Vicente, Saldivia, Rioseco y De la Barra (2007) encontraron en un estudio de trastornos depresivos en niños y adolescentes, el cual fue realizado en cuatro ciudades de Chile, en una población entre cuatro y dieciocho años, que la depresión mayor tiene una prevalencia de 5,1% y la distimia un 0,1%. Es más frecuente en mujeres con el 7 % que en hombres con el 3,1%. En los niños entre 4 a 11 años con el 3,4% y en los jóvenes entre 12 a 18 años representa el 6,9%.

De igual forma, los autores constatan que los trastornos del ánimo en la población infanto-juvenil representan la tercera prevalencia con un 5,1% después de los trastornos ansiosos con el 8,3 % y trastornos conductuales con el 14,7%. Con una prevalencia total de trastornos psiquiátricos correspondiente al 22,3% (Vicente, et al., 2007). Estas cifras generan preocupación y acentúan a su vez el estigma de esta enfermedad mental.

## **Estigma de la Depresión**

El estigma de la depresión gira alrededor del estigma personal (autoestigma) que son los pensamientos y creencias personales referentes a la depresión. Y, al estigma percibido de la depresión que es la inferencia de una persona acerca de lo que la gente cree y siente sobre la depresión. Además, las actitudes de estigmatización de la depresión provocan incomprensión, desconfianza y rechazo hacia las personas que presentan este cuadro clínico. Lo que conlleva a sentimientos de vergüenza, culpabilidad e inadecuación social que afectan la decisión de estas personas de buscar ayuda profesional (Calear et al., 2011).

## **Autoestigma de la Depresión en Adolescentes**

Calear et al. (2011) realizaron un estudio para examinar los niveles de estigma personal (autoestigma) y estigma percibido de la depresión en adolescentes australianos. Además, identificaron predictores de estos constructos. Para lo cual evaluaron a 1.375 estudiantes, 769 mujeres y 606 hombres pertenecían a 30 instituciones educativas del área rural y urbana de Australia, cuyo rango de edad comprendía entre los 12 a 17 años. Las variables sociodemográficas recogidas fueron: sexo, edad, zona residencial (urbana o rural), condición social (nativo o isleño del estrecho de torres), personas con las que vivía (ambos padres u otros), primer lenguaje hablado (inglés u otro).

También, condición de discapacidad/enfermedad (sí o no), historia personal o parental de depresión (sí o no) y tratamiento para depresión personal.

Asimismo, las autoras evaluaron ansiedad, depresión, autoestima, control personal, estilo atribucional y consumo de alcohol. Conjuntamente, aplicaron la Escala del Estigma de la Depresión (DSS) que evalúa las actitudes estigmatizantes hacia la depresión y está conformada por dos subescalas: estigma personal de la depresión y estigma percibido de la depresión que tienen 9 ítems cada una.

Aproximadamente el 30% de los participantes informaron un historial de depresión personal, mientras que el 24 % indicaron que uno o ambos padres tenían antecedentes de depresión. De estos participantes que notificaron una historia personal de depresión, el 34% había buscado ayuda de un consejero o médico.

Encontraron que el nivel alto de estigma personal lo obtuvieron los varones y las variables asociadas al autoestigma de la depresión eran ser más joven, no tener antecedentes personales ni parentales de depresión, hablar inglés como primera lengua, escaso conocimiento del trastorno depresivo, bajos niveles de control personal, altos niveles de consumo del alcohol y estigma percibido de la depresión (Calear et al., 2011).

En cuanto a los predictores de estigma percibido de la depresión, las puntuaciones más altas las reportaron las mujeres por tener un historial de depresión de los padres, niveles más altos de ansiedad y estigma personal de depresión (Calear et al., 2011).

Dolphin y Hennesy (2016) efectuaron una investigación en Irlanda que examinaba el estigma personal de la depresión y estigma público de la depresión en una muestra de 426 adolescentes, 197 hombres y 229 mujeres, con un rango de edad de 14 a 16 años. Quienes respondieron a una viñeta de depresión de un adolescente hipotético acorde al género y edad del investigado sin ser incitados a dar una respuesta que implique salud mental. Igualmente, se midieron los estereotipos, separación cognitiva, pérdida de estatus social, respuestas emocionales, aceptación de pares, síntomas emocionales, nivel de contacto y esencialismo psicológico.

Las autoras no recabaron información sociodemográfica de los adolescentes investigados. Se constata que el género masculino predijo significativamente respuestas de estereotipo “peligroso” y “peligrosa”, para referirse a un compañero o compañera con depresión. Tendían a la separación cognitiva, ya que los participantes hombres calificaban a un compañero o compañera con depresión como diferentes de la gente normal. Alcanzaron mayores niveles de emociones de incomodidad frente a un compañero o compañera con depresión.

Correspondiente al género femenino, las mujeres que identificaron correctamente la depresión en la viñeta son menos propensas a sentir enojo hacia una compañera con depresión. Además, reportaron mayor aceptación de los pares de sexo femenino con depresión y simpatía por un compañero con depresión.

Los resultados generales de esta investigación indican que el contacto con la depresión, el uso de una etiqueta de la depresión y los síntomas emocionales predicen menor estigma de la depresión. Sin embargo, las creencias esencialistas y el sexo masculino predicen mayor estigma de la depresión. Las respuestas emocionales a sus compañeros y compañeras con depresión variaban (Dolphin & Hennesy, 2016).

De acuerdo a las investigaciones efectuadas por: Larraguibel, 2015; Acosta et al., 2011; García, 2012; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Ministerio de Salud de Chile, 2013; Vicente, Saldivia, Rioseco y De la Barra, 2007; Calex et al., 2011 y Dolphin y Hennesy, 2016; la autora considera que: la depresión es un trastorno psiquiátrico del estado de ánimo bajo, frecuente en todos los grupos etarios y con mayor incidencia en el futuro.

La depresión en niños y adolescentes presenta similar sintomatología: irritabilidad, tristeza, sentimiento de minusvalía, problemas académicos, desinterés por el juego y contacto interpersonal, aburrimiento, aislamiento, entre otros.

Esta enfermedad acarrea dificultades individuales de larga data en niños y adolescentes y está asociada a suicidalidad.

El estigma de la depresión se relaciona con una falta de conocimiento acerca del cuadro clínico, lo que acarrea creencias y actitudes negativas hacia las personas que tienen un diagnóstico de depresión.

En el estigma de la depresión están presentes: el estigma percibido de la depresión, que son las creencias de una persona sobre la devaluación o discriminación que experimentará una persona con depresión por la sociedad.

Y el autoestigma de la depresión, que es internalizar y aplicar sobre uno mismo las creencias negativas o estereotipos acerca de la depresión como “peligrosidad”, “gente diferente de la normal” y “debilidad”. Lo que dificulta la búsqueda de tratamiento por parte de los adolescentes.

Es problema de salud mental con un gran alcance clínico y social, pues perjudica su desenvolvimiento personal, familiar, académico e interpersonal. Ya que se convierte en una barrera para el contacto favorable con el medio y la consecución de sus metas personales.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

-Determinar la asociación entre autoestigma de la depresión y factores sociodemográficos, sintomatología depresiva y ansiosa, y calidad de vida en adolescentes escolarizados de Santiago, Chile.

### **Objetivos Específicos**

-Establecer si existe diferencia entre el autoestigma de la depresión en adolescentes entre hombres y mujeres.

-Establecer si existe diferencia entre el autoestigma de la depresión en adolescentes con y sin historia personal de depresión.

-Establecer si existe diferencia entre el autoestigma de la depresión en adolescentes con y sin historia parental de depresión.

-Describir la relación entre autoestigma de la depresión y sintomatología depresiva.

-Describir la relación entre autoestigma de la depresión y sintomatología ansiosa.

-Describir la relación entre autoestigma de la depresión y calidad de vida.

-Proponer un modelo predictivo con los factores asociados al autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados.

## **Pertinencia**

La revisión teórica de los estudios realizados a la luz del estigma de la enfermedad mental, depresión y autoestigma de la depresión en adolescentes resaltaron la importancia de realizar una investigación en esta problemática. Por lo que, se propuso un estudio del autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados chilenos. La decisión de trabajar con el autoestigma de la depresión en adolescentes en una población general se fundamenta porque se pretendía comprender la ocurrencia del fenómeno del autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados dado que perjudica el bienestar psicológico e impide la búsqueda de ayuda profesional.

## **Diseño de la investigación**

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo cuyo método de investigación es selectivo lo que significa que no hay intervención manipulativa y se realiza una selección de sujetos para efectuar una investigación. Y, su diseño es de encuesta pues, permite la recolección de datos que atiende a fines específicos, tiene la ventaja de aplicaciones a grupos de personas y ofrece la obtención de información que posibilita comprender determinados fenómenos (Sarriá, et al., 2004).

Es de tipo transversal, y de tipo correlacional porque se describió y analizó la incidencia e interrelación de variables específicas que influyen en el autoestigma de la depresión de los adolescentes investigados en un momento puntual (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El estudio tiene un alcance relacional (Sarriá, et al., 2004) puesto que se evaluó la asociación entre los factores sociodemográficos, historia personal y parental de depresión, sintomatología depresiva y ansiosa, y calidad de vida con el autoestigma de la depresión en los adolescentes escolarizados de tres colegios subvencionados de Santiago, Chile.

La naturaleza no experimental de la presente investigación implica que no se puede tener el control total de las variables (Hernández, et al., 2010). El acercamiento a una realidad poblacional de colegio implica encontrarse con adolescentes que no presenten o que podrían presentar psicopatología. Sin embargo, la muestra de adolescentes de esta investigación perteneció a un contexto escolar lo que indica un funcionamiento adaptativo en ellos.

## **Análisis de datos**

La obtención de los datos para este estudio se realizó en forma simultánea al diagnóstico basal de los estudiantes que participan de las investigaciones relacionadas (Proyecto FONDECYT N° 1161696 “Eficacia de un programa escalonado basado en Internet para la prevención e intervención temprana de la depresión en adolescentes secundarios en Santiago, Chile” y Proyecto MIDAP “Factibilidad y aceptabilidad de la aplicación piloto de un programa escalonado basado en Internet para la prevención e intervención temprana de la depresión en estudiantes secundarios en Santiago, Chile y Medellín, Colombia”), este fue el fundamento que determinó las opciones metodológicas de la presente investigación.

Para la caracterización de las variables investigadas se utilizó estadística descriptiva para resumir la información demográfica, promedios de autoestigma de la depresión, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y calidad de vida de los adolescentes participantes. Se empleó el Paquete Estadístico para la Ciencias Sociales (SPSS) versión 20 para el análisis estadístico de los datos recopilados. Concerniente a los estadísticos utilizados, se utilizó la prueba t de student para muestras independientes

para la comparación de grupos. Asimismo, la prueba t de student para muestras independientes se empleó para analizar la variable tratamiento por depresión.

Se utilizó el Análisis de Varianza ANOVA de un factor para historia personal y parental de depresión que fueron contrastadas con las subescalas y escala total de Autoestigma de la Depresión. También, se realizaron comparaciones múltiples post hoc de Tukey.

En cuanto a la correlación de variables de Sintomatología Depresiva, Sintomatología Ansiosa y Calidad de vida con la Escala Total del Autoestigma de la Depresión, se empleó el Coeficiente de Pearson para verificar si la correlación es significativa.

Para proponer un modelo predictivo del Autoestigma de la Depresión en adolescentes escolarizados se utilizó el estadístico de Regresión Lineal.

Asimismo, la prueba t de student para muestras independientes se empleó para analizar la variable tratamiento por depresión.

Se utilizó el Análisis de Varianza ANOVA de un factor para historia personal y parental de depresión en donde los factores de manera respectiva fueron las variables ¿Alguna vez en tu vida has tenido depresión?, ¿Alguna vez tu mamá ha tenido o tiene depresión?, ¿Alguna vez tu papá ha tenido o tiene depresión? que fueron contrastadas con las subescalas y escala total de Autoestigma de la Depresión. También, se realizaron comparaciones múltiples post hoc de Tukey.

En cuanto a la correlación de variables de Sintomatología Depresiva, Sintomatología Ansiosa y Calidad de vida con la Escala Total del Autoestigma de la Depresión, se empleó el Coeficiente de Pearson para verificar si la correlación es significativa.

Para proponer un modelo predictivo del Autoestigma de la Depresión en adolescentes escolarizados se utilizó el estadístico de Regresión Lineal.

Es importante recalcar que las categorías de respuesta Sí, No y No sé concernientes a las variables ¿Alguna vez en tu vida has tenido depresión?, ¿Alguna vez tu mamá ha tenido o tiene depresión?, ¿Alguna vez tu papá ha tenido o tiene depresión? se transformaron en 2 dummies para facilitar el modelo predictivo. La categoría Sí en el dummy 1 se le asignó un valor de 1 y en el dummy 2 se le confirió un valor de 0.

La categoría No en el dummy 1 y en el dummy 2 se le determinaron un valor de 0. Y, la categoría No sé en el dummy 1 se le asignó un valor de 0 y en el dummy 2 se le confirió un valor de 1.

Una vez configurados los dummies para cada una de las variables anteriormente descritas, se procedió a realizar un modelo de Regresión Lineal Múltiple vía step-wise o pasos sucesivos para seleccionar aquellas variables que se asociaran con el nivel de autoestigma de la depresión (escala total del autoestigma del autoestigma de la depresión).

Las variables fueron ingresadas por pasos:

Paso 1: edad y sexo de los adolescentes.

Paso 2: historia personal de depresión de adolescente, transformada en variable dummy, d\_1: (1= Sí; 0=No) y d\_2: (1= No sé; 0=No).

Paso 3: tratamiento para la depresión en el adolescente.

Paso 4: historia de depresión materna, transformada en variable dummy, pad1\_pd1: (1= Sí; 0=No) y pad1\_pd2: (1= No sé; 0=No).

Paso 5: historia de depresión paterna, transformada en variable dummy, pad2\_pd1: (1= Sí; 0=No) y pad2\_pd2: (1= No sé; 0=No).

Paso 6: Sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y calidad de vida.

El Modelo de Regresión Lineal Múltiple proporcionó tres modelos, de los cuales, el modelo 3 que contenía las variables: adolescentes que no saben si tuvieron una historia personal de depresión, la historia de depresión paterna y calidad de vida relacionada con la salud; reportó diferencias estadísticamente significativas de variables predictoras de Autoestigma de la Depresión en adolescentes escolarizados.

## **Resultados**

-Los factores asociados al Autoestigma de la Depresión en Adolescentes Escolarizados son los adolescentes que no saben si tuvieron depresión, historia parental de depresión, mayor sintomatología depresiva, mayor sintomatología ansiosa, y menor calidad de vida.

-El promedio en la escala de autoestigma de la depresión fue 50,53; sin diferencias significativas por sexo, hombres (49,25) y mujeres (51,73).

-Los hombres no presentaron mayor autoestigma de la depresión que las mujeres, lo que guarda correspondencia con el estudio de Jaber et al. (2015) en el que las puntuaciones de autoestigma no variaban según el sexo de los adolescentes. Lo que muestra que tanto en Michigan y Santiago el fenómeno del autoestigma de la depresión presenta connotaciones negativas similares en los adolescentes.

-Las mujeres manifestaron mayor vergüenza e inadecuación social respecto al autoestigma de la depresión, y mayor sintomatología ansiosa que los hombres. Lo que se relaciona a lo encontrado en Caezar et al. (2011) concerniente a los niveles más altos de ansiedad reportados por las adolescentes debido a las inferencias dadas por ellas acerca de la devaluación y discriminación que experimentará una persona con depresión.

-No existe diferencia entre el autoestigma de la depresión en adolescentes con y sin historia personal de depresión lo que se sustenta con lo mencionado por Leavey (2005) referente a la vulnerabilidad de los adolescentes a las etiquetas estigmatizantes ya que menoscaba su autonomía, sentido de competencia y aceptación social.

-Existe una diferencia significativa entre el autoestigma de la depresión en adolescentes con y sin historia parental de depresión lo que muestra que la experiencia de depresión parental incide negativamente en la conceptualización de esta enfermedad por parte de los adolescentes además la variación anímica propia de la depresión afecta a la relación paterno-filial y el diagnóstico de depresión de cierta manera los estigmatiza al igual que a sus padres lo que Goffman (1963) denominó estigma por asociación.

-El fenómeno del autoestigma de la depresión en los participantes tiene mayor ocurrencia en aquellos que no saben si tuvieron una historia personal de depresión. Esto permite hipotetizar que la duda de un pasado y presente de depresión ya sea por el desconocimiento del cuadro clínico o por el estigma de esta enfermedad incita a los adolescentes a salvaguardar su imagen personal mediante respuestas intermedias que no los fragilicen frente al juicio de los demás. También, estas respuestas podrían ser una de las estrategias de afrontamiento frente al estigma de la enfermedad mental que Goffman (1963) denominó secreto, como una manera de encubrir su condición estigmatizante.

-La historia de tratamiento por depresión deviene en mayor inadecuación social, y no determina menos autoestigma de la depresión, esto se puede explicar con lo dilucidado por Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend (1989) que mencionaron que la etiqueta oficial a través del contacto con el tratamiento expone a las personas a que sean objeto de devaluación y discriminación por parte de la comunidad. Lo que genera consecuencias negativas que limitan las oportunidades de vida de estas personas debido al proceso de estigmatización. En el caso de los participantes con historia de tratamiento por depresión se evidencia que estos efectos de la estigmatización están interfiriendo en su desenvolvimiento personal e interpersonal de manera prolongada. Y, muestra que en las planificaciones terapéuticas de depresión en adolescentes no se aborda el autoestigma de la depresión.

-Los adolescentes que no saben si tuvieron una historia personal de depresión, la historia de depresión paterna y calidad de vida relacionada con la salud, constituyeron el modelo predictivo de autoestigma de la depresión en adolescentes. Una de las hipótesis planteadas en la investigación fue que las variables de edad, sexo y calidad de vida determinarán un modelo predictivo de autoestigma de la depresión en los adolescentes investigados; los resultados obtenidos no respaldan el modelo propuesto. Es importante destacar que en el modelo obtenido la calidad de vida es un predictor de autoestigma de la depresión.

## **Bibliografía**

-Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., Saavedra, M., & Ramos, F. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Neurociencias*, 20-25.

-Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. México: Panamericana.

-Barney, L.J., Griffiths, K.M., Christensen, H. & Jorm A.F. (2010). The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 243-254.

-Barkley, R. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 10-15.

- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 386-405.
- Calear, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 129, 104-108.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 614-625.
- Dolphin, L., & Hennesy, E. (2016). Depression Stigma Among Adolescents in Ireland. *Stigma and Health*, 3, 185-200.
- García, R. (2012). Trastornos del Estado del ánimo. En C. Almonte, & M. Montt, *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (págs. 478-493). Santiago: Mediterráneo.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, T., Molina, R., Sepúlveda, R., Martínez, V., Montaña, R., González, E., & George, M. (2015). Bullying y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. [Influence of bullying on the quality of life perception of Chilean students. *Revista Médica de Chile*, 716-723.
- Hinshaw, S. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 714-734.
- Jaber, R., Farroukh, M., Ismail, M., Nadja, J., Sobh, H., Hammand, A., Dalack, G. (2015). Measuring depression and stigma towards depression and mental health treatment among adolescents in an Arab-American community. *Journal International Journal of Culture and Mental Health*, 247-254.
- Johnson, J., Harris, E., Spitzer, R., Williams, J. (2002). The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an Instrument for the Assessment of Mental Disorders Among Adolescent Primary Care Patients. *Journal of Adolescent Health*, 196-204.
- Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research Society*, 469-494.
- Kessler, R., Aguilar, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., & Ormel, J. (2009) The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiology Psichiatry Society*, 18, 23–33.
- Larraguibel, M. (2015). *Aspectos Clínicos de los Trastornos Depresivos en la Niñez: Lectura Clínica de Trastornos Depresivos* (Manuscrito no publicado). Santiago, Chile.
- Leavey, J. (2005). Youth experiences of living with mental health problems: emergence, loss, adaptation and recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 109-126.

- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P., & Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 400-423.
- Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W., & Yang, L. (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 73-85.
- Ministerio de Salud de Chile. (25 de Octubre de 2013). *Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión*. Obtenido de minsal.cl Web site: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense.
- Reavley, N., & Jorm, A. (2011). Depression stigma in Australia high school students. *Youth Studies Australia*, 33-40.
- Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar, S. (10 de Diciembre de 2009). *iris.paho.org*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Sarriá, E., Garriga, A., Pérez, M., Fontes, S. & García, C. (2004). *Diseños de Investigación en Psicoterapia*. Madrid: UNED.
- Sawyer, M., Baghurst, P., Clark, J., Graetz, B., Kosky, R., Nurcombe, B., Zubrick, S. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 806-814.
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F. (2007). *Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles* (Proyecto FONDECYT 1070519). Santiago: Chile.
- Zachrisson, H., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of the health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 1-7.