Factores Asociados al Autoestigma de la Depresión en Adolescentes en Santiago, Chile.

Associated factors with self-stigma of depression in adolescents in Santiago, Chile.

Mariela Alexandra Suárez-Barba^{a,1,2,3}, Pablo Reyes^{b,4}, J. Carola Pérez^{c,3,5}, Vania Martínez^{d,2,3,6}

Resumen. Objetivo: Determinar la asociación entre autoestigma de la depresión y factores sociodemográficos, historia personal y parental de depresión, sintomatología ansiosa y depresiva, y calidad de vida en adolescentes. **Método:** Estudio transversal correlacional, en una muestra de 192 adolescentes (8° básico a 3° medio) de tres colegios particulares subvencionados de Santiago, Chile, se aplicaron cuestionarios de factores sociodemográficos, autoestigma de la depresión, sintomatología ansiosa y depresiva, y calidad de vida. Los datos se analizaron con prueba t de Student, ANOVA, coeficiente de Pearson y Regresión Lineal. **Resultados:** No hubo diferencias en autoestigma de depresión entre hombres y mujeres. Fue mayor el autoestigma de la depresión en adolescentes que sospechaban que habían tenido o tenían depresión, referían que su madre o padre habían tenido depresión, tenían mayor sintomatología depresiva y/o ansiosa y menor calidad de vida. **Conclusión:** La presencia de depresión en los progenitores (madre y/o padre), así como el desconocimiento de los adolescentes respecto a si ellos presentan el cuadro clínico, se relaciona con mayor autoestigma de la depresión en los adolescentes, lo que inhibe la búsqueda de ayuda. **Palabras clave:** depresión, adolescentes, estereotipos, salud mental.

Abstract. Objective: To determine the association between self-stigma of depression and sociodemographic factors, personal and parental history of depression, anxious and de-

a. Psicóloga Clínica. Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

b. Psicólogo Clínico. Doctor en Psicología.

c. Psicóloga Clínica. Doctora en Psicología.

d. Psiquiatra infantil y del adolescente. Doctora en Psicoterapia.

1. Consultorio de Psicología Clínica Infanto-Juvenil-Familiar "Florecer", Ambato, Ecuador.

2. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), Santiago, Chile.

3. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile.

4. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

5. Centro de Apego y Regulación Emocional, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

6. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Correspondencia: Mariela Suárez Barba, Julio Andrade y Quintillano Sánchez, Ambato, Ecuador. Correo electrónico: mariela_alexandras@hotmail.com.

Fuente de apoyo financiero: Este trabajo fue financiado por FONDECYT Regular N° 1161696, ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio –NCS17_035 e ICS13_005.

Es importante mencionar que esta investigación fue presentada en una ponencia en el III Congreso: Ciencia, Sociedad e Investigación Universitaria en una universidad ecuatoriana en octubre del 2018, por lo que existe un documento del trabajo investigativo en el repositorio digital de la Universidad donde se impartió la ponencia.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

pressive symptomatology, and quality of life in adolescents. **Methods:** Non-experimental cross-sectional and correlational study. A total of 192 adolescents from 8th grade to 11th grade from three private subsidized schools in Santiago, Chile, answered questionnaires on sociodemographic factors, self-stigma of depression, anxious and depressive symptomatology, and quality of life. Data were analyzed with Student's t-test, ANOVA, Pearson's coefficient and linear regression. **Results:** There were no differences in self-stigma of depression between men and women. Self-stigma of depression was higher in adolescents who suspected that they had had or had depression, who reported that their mother or father had had depression, who had greater depressive and/or anxious symptomatology and lower quality of life. **Conclusion:** The presence of depression in the parents (mother and / or father) as well as the lack of knowledge of adolescents regarding whether they have depression is related to greater self-stigma of depression which inhibits the help-seeking in adolescents. **Keywords:** depression, adolescents, stereotypes, mental health.

INTRODUCCIÓN

El estigma de la enfermedad mental se relaciona con estereotipos, prejuicios y discriminación. El estereotipo es la representación cognitiva de que las personas con enfermedad mental poseen ciertos rasgos como “ser excéntricos”, o comportamientos como “hablar solos”. El prejuicio se refiere a una reacción afectiva, evaluación y actitud negativa dirigida hacia estas personas. La discriminación corresponde a conductas negativas dirigidas a personas con enfermedad mental¹. Por lo tanto, el estigma de la enfermedad mental implica devaluación y exclusión hacia una persona portadora de un diagnóstico psiquiátrico.

Existen dos tipos de estigma de la enfermedad mental: estigma público y autoestigma².

El estigma público es el conjunto de ideas estigmatizadoras de la sociedad acerca de las personas que tienen una enfermedad mental. El estigma público se despliega desde los estereotipos basados en la creencia negativa de incompetencia, debilidad de carácter y peligrosidad atribuida a las personas que tienen una enfermedad mental. Estos estereotipos generan prejuicios que

provocan emociones negativas como ira y miedo, lo que deviene en discriminación hacia estas personas².

El autoestigma es cuando una persona portadora de un diagnóstico psiquiátrico es consciente o reconoce los estereotipos negativos de la sociedad concernientes a la enfermedad mental, está de acuerdo y cree que dichos estereotipos son verdaderos; por lo que los internaliza y aplica a sí misma; lo que se traduce en una disminución significativa en el autoestima y autoeficacia en dicha persona³.

En cuanto al Estigma de la Depresión en la Adolescencia, el estigma público de la depresión es la inferencia de un adolescente acerca de lo que la gente cree y siente sobre la depresión⁴.

El autoestigma de la depresión se define cuando un adolescente asume los estereotipos de la depresión como una enfermedad “peligrosa”, “impredicible”, y que aquellas personas que la padecen son “débiles” o “ser gente diferente de la normal”, de manera que los internaliza y aplica sobre sí mismo, lo que constituye un impedimento para la búsqueda de tratamiento⁴⁻⁵.

Tanto el estigma público y autoestigma

de la depresión están asociados a sentimientos de vergüenza, culpabilidad e inadecuación social que afectan la decisión de los adolescentes para buscar ayuda profesional⁴.

Existen estudios internacionales que analizan los predictores del nivel de autoestigma de la depresión que indican que ser hombre, de menor edad, conocer poco sobre el trastorno depresivo, y presentar problemas externalizantes u otros problemas emocionales predicen mayor autoestigma de la depresión⁴⁻⁷. En cambio, tener contacto con otras personas con depresión se relaciona con menor autoestigma de la depresión⁴⁻⁶.

El objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre autoestigma de la depresión y factores sociodemográficos, historia personal y parental de depresión, sintomatología ansiosa y depresiva, y calidad de vida en adolescentes; para identificar los factores asociados al autoestigma de la depresión en adolescentes lo que beneficiará la práctica clínica en cuanto a tratamiento adecuado y oportuno en este grupo etario.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo transversal correlacional con un alcance relacional⁸⁻⁹.

Es de tipo transversal porque se realizó en un tiempo determinado, 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 puntual⁹. Y tiene un alcance relacional⁸ porque 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.

Participantes

Población: 600 estudiantes de 8° básico a 3° medio asistentes a tres colegios particulares subvencionados de Santiago, Chile, que participaron del estudio FONDECYT Regular No. 1161696 “Eficacia de un programa escalonado basado en Internet para la Prevención e Intervención Temprana de la Depresión en adolescentes secundarios en Santiago Chile”.

Muestra: Se utilizó un muestreo no probabilístico (por conveniencia), invitándose a participar a todos los adolescentes que aceptaron voluntariamente participar (firma de Consentimiento Informado) y que no presentarán el criterio de exclusión de baja comprensión lectora de idioma español.

Instrumentos

La aplicación de los instrumentos en la muestra de adolescentes se realizó desde Agosto hasta Noviembre de 2017.

Cuestionario sociodemográfico: Que fue diseñado para el presente estudio, en el cual se incluyeron las siguientes variables: colegio, curso, sexo, edad, país de nacimiento, comuna en la que viven, y las siguientes preguntas: ¿Con qué personas viven en tu hogar?, ¿Cuántas personas viven en tu hogar incluyéndote a ti?, ¿Cuál es el nivel de educación de la madre? ¿Cuál es el nivel de educación del padre?

Cuestionario de Antecedentes personales y parentales de Depresión: Consta

de las siguientes preguntas: ¿Tienes actualmente depresión?, ¿Alguna vez en tu vida has tenido depresión?, ¿Alguna vez has recibido tratamiento por depresión? ¿Alguna vez tu mamá ha tenido o tiene depresión? ¿Alguna vez tu papá ha tenido o tiene depresión? con las opciones de respuesta: Sí, No y No sé.

Las preguntas fueron realizadas por el equipo de investigadores de las investigaciones asociadas al presente estudio investigativo.

Escala de Autoestigma de la Depresión (The Self-Stigma Depression Scale; SSDS): Mide el autoestigma de la depresión y está conformada de 16 ítems que corresponden a cuatro sub-escalas: vergüenza, auto-culpa, inadecuación social e inhibición de búsqueda de ayuda. El puntaje total fluctúa entre 16 y 80 y el puntaje por subescala entre 4 y 20. El puntaje más alto indica mayor autoestigma. La Escala de Autoestigma de la Depresión se aplicó por primera vez en este estudio, no hay validación de ella en Chile, pero es una de las pocas escalas usadas Internacionalmente.

Cuestionario de Sintomatología Depresiva-Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)¹⁰: Evalúa síntomas depresivos correspondientes a los criterios DSM-IV, además de evaluar ideas o conductas suicidas. Está conformado por 9 preguntas. Los puntajes van de 0 a 27. La sintomatología depresiva se clasifica en mínima (0-4 puntos), leve (5-9 puntos), moderada (10-14 puntos), moderadamente grave (15-19 puntos) y grave (20-27 puntos). La escala se encuentra validada en Chile.

Cuestionario de Sintomatología Ansiosa - Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) “en revisión”: Eva-

lúa el nivel de sintomatología ansiosa de acuerdo a los criterios del DSM-IV y consta de 7 preguntas. El puntaje varía entre 0 y 21, con puntos de corte de 5, 10 y 15 que especifican los niveles de sintomatología de ansiedad en leve, moderado, y grave correspondientemente.

Se confirmó la estructura de un factor y la invarianza por sexo. Los resultados mostraron una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach= 0,86; coeficiente de Spearman-Brown= 0,82). De acuerdo con lo esperado, se observaron correlaciones significativas con medidas de síntomas depresivos y calidad de vida relacionada con la salud, y puntuaciones mayores en mujeres que en hombres.

Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes (KIDSCREEN-10)¹¹: Es un cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud, consta de 10 ítems con opciones de respuesta en escala de Likert. La escala se encuentra validada en Chile.

Procedimiento

Se estableció contacto inicial y coordinación con los colegios para solicitar su participación y respectiva autorización. Posteriormente, se solicitó consentimiento informado de los padres y asentimiento informado de los adolescentes.

Los cuestionarios fueron administrados vía electrónica en grupos de aproximadamente 15 estudiantes en la sala de computación de los colegios en horario de clases. Dos integrantes del equipo de investigación acompañamos el proceso para resolver preguntas que pudieran surgir en la evaluación. El tiempo promedio para contestar los

cuestionarios fue de 30 minutos.

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva (porcentajes, medianas y rango intercuartil o promedios y desviación estándar según correspondiese). Para comparar la escala total y subescalas de la variable Autoestigma de depresión según variables demográficas y clínicas se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney (al comparar 2 condiciones) y de Kruskal-Wallis (3 condiciones), utilizando un error $\alpha = 0.05$, aplicando la corrección de Bonferroni al realizar los análisis post-hoc (criterio $\alpha \leq 0.17$). Las correlaciones entre variables fueron estimadas a través de Coeficiente de Spearman. Finalmente, para estimar el modelo predictivo del Autoestigma de la Depresión (escala total) en adolescentes escolarizados se utilizó un modelo de Regresión Lineal Múltiple (pasos sucesivos), las variables clínicas fueron dicotomizadas para ser incorporadas al modelo. Dado que dos de las variables incluidas en el modelo correspondían a variables clínicas dicotomizadas, se incorporaron en el modelo final las variables que conformaban el conjunto de variable dummy, para mantener la precisión de la interpretación. Un análisis a posteriori indica que es basado en el tamaño de efecto del modelo ($f^2 = .29$), error alfa 0,05, y tamaño muestral de 192 participantes, la poder logrado en este análisis fue .99. Se empleó su utilizó el software SPSS (versión-20.0).

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Número 146-2017).

Los casos de los adolescentes que en los cuestionarios presentaron sintomatología depresiva o ansiosa grave y /o alto riesgo suicida fueron comunicados a los psicólogos y orientadores encargados, de manera de planificar las evaluaciones y derivaciones que se requirieron. Algunos de estos casos ya se encontraban en tratamiento, por lo que se evitaba una sobre intervención. En los casos de los adolescentes que no se encontraban en tratamiento, se realizó una evaluación presencial por una profesional de salud mental del equipo de investigación y derivación a los centros de salud que les correspondan de acuerdo al sistema de salud al que estaban adscritos, incluida la notificación de las Garantías Explícitas en Salud (GES) de depresión si correspondía.

RESULTADOS

Participantes

La muestra estuvo conformada por 192 estudiantes chilenos, 93 hombres (48%) y 99 mujeres (52%), de 14,64 edad promedio (Desviación Estándar = 0,90, rango 13-17 años). La mayoría de los estudiantes (57%, N=110) cursaban Primero Medio.

El 68% de los adolescentes reportó que vivía con ambos progenitores, el 29% vivía con un solo progenitor, y un 3% reportó vivir con otros adultos. El tamaño medio del hogar fue de 4,30 personas (Desviación Estándar = 1.6).

Respecto de la escolaridad materna, los adolescentes indican que el un 22% de ellas completó la educación media, y un 17% de ellas no la finalizó. Un 45% de ellas cursó más de 12 años de educación formal (prioritariamente en la Educación Técnica).

Trabajos Originales

Respecto de la escolaridad paterna, los adolescentes indican que el un 17% de ellos completó la educación media, y un 18% de ellos no la finalizó. Un 49% de ellos cursó más de 12 años de educación formal (prioritariamente en la Educación Universitaria).

Resultados Descriptivos

Todos los participantes del presente estudio eran de nacionalidad chilena. El 68% reportó vivir con ambos progenitores, y un 29% sólo con uno de ellos.

La tabla 1 contiene datos sobre historia personal y parental de depresión, así como las escalas clínicas de la muestra. Se observa que la mayoría de la muestra (sobre 60%) no tiene historia personal de depresión. No obstante, destaca el porcentaje de adolescentes que reportan “no saber” si presentan o han presentado depresión (32%) pues corresponde a más de la cuarta parte de la muestra investigada. Un escenario similar se encuentra para el reporte de depresión de los progenitores (28 %).

Tabla 1. Antecedentes de Depresión parental y de los adolescentes

	Sí		No		No Sé	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Antecedentes de Depresión Adolescente	20	10,40%	118	61,50%	54	28,10%
Depresión Actual del Adolescente	6	3,10%	124	64,60%	62	32,30%
Tratamiento por Depresión Adolescente	27	14,10%	165	85,90%	-	-
Antecedentes de Depresión Materna	38	19,80%	83	43,20%	71	37%
Antecedentes de Depresión Paterna	15	7,80%	96	50%	81	42,20%

La tabla 2 indica las diferencias en el nivel de autoestigma asociado a la depresión según el sexo de los participan-

tes y variables clínicas, tanto a nivel de escala total como sub-escalas.

Tabla 2. Descripción de las Variables de los Adolescentes

	M	DS	N
Síntomas Depresivos	8,51	5,36	192
Síntomas Ansiosos	6,21	4,28	192
Calidad de Vida	45,07	8,53	192
Autoestigma de la depresión	50,53	11,58	192

Nota. M= Media; DS= Desviación Standard; N= Número de participantes.

Los resultados indican que el nivel autoestigma (escala total) varía según, los antecedentes personales H (2 gl.)= 21,02; $p < 0,001$, y familiares de depresión, tanto al considerar la historia ma-

terna, H (2 gl.)= 6.16, $p = 0,046$, como paterna H (2 gl.)= 6.16, $p = 0,046$. Los adolescentes que reportaron haber tenido depresión no presentaron diferencias estadísticas significativas de

aquellos que no habían presentado el cuadro clínico ($p=0,076$) ni de aquellos que indican no saberlo ($p=0,292$). En cambio, los adolescentes que reportaron que no sabían si habían tenido depresión refirieron un mayor nivel de autoestigma que aquellos que no habían tenido depresión ($p < 0,001$). Los adolescentes que reportaron que sus progenitores habían tenido o tenían

depresión presentaron mayor autoestigma que aquellos que no (madres: $p=0,015$; padres: $p=0,016$), y aquellos que reportaron que no sabían si sus progenitores habían presentado depresión no presentaron diferencias respecto de los adolescentes que refirieron que sus padres no habían tenido depresión (madres: $p=0,794$; padres: $p=0,332$).

Tabla 3. Niveles de autoestigma global y por sub-escalas

Autoestigma	Sexo		Antecedentes de Depresión Adolescente			Tratamiento Depresión Adolescente		Antecedentes Maternos de Depresión			Antecedentes Paternos de Depresión		
	H	M	Si	No	No sé	Si	No	Si	No	No sé	Si	No	No sé
Vergüenza	11 ^a	13 ^b	13 ^a	11 ^{a,b}	15 ^{a,c}	13	12	14	12	11	15 ^a	12 ^b	12 ^b
	(7,5)	(6,0)	(8,25)	(6)	(5,25)	(8)	(7)	(6,5)	(6)	(9)	(7)	(6)	(8,5)
Autoculpa	15	14	15	14	15	15	15	14	15	15	14	15	15
	(4)	(3)	(3,75)	(3,25)	(4)	(4)	(3)	(3,25)	(4)	(4)	(4)	(4)	(3)
Inadecuación Social	12 ^a	14 ^b	14,5 ^a	11 ^b	14 ^{a,c}	15 ^a	12 ^b	15 ^a	12 ^b	13 ^{a,b}	14	12	13
	(6)	(5)	(5,75)	(5)	(5)	(6)	(5)	(6)	(5)	(6)	(6)	(5)	(5,5)
Inhibición de Búsqueda de Ayuda	11	12	12 ^a	11 ^{a,b}	13,5 ^{a,c}	11	12	13,5 ^a	11 ^b	12 ^{a,b}	13 ^a	11 ^b	12 ^{a,b}
	(6)	(6)	(7,75)	(6)	(5,25)	(9)	(5,5)	(7)	(6)	(6)	(8)	(5)	(6)
Escala Total	48	53	52,5 ^a	48 ^{a,b}	58 ^{a,c}	54	50	55 ^a	50 ^b	48 ^b	56 ^a	49 ^b	50 ^{a,b}
	(14,5)	(17,0)	(19,50)	(14)	(13,50)	(21)	(15,5)	(15,5)	(16)	(18)	(21)	(16,75)	(15,5)

Nota. H= hombres; M= Mujeres. Cada celda se indica la Mediana y el Rango inter-cuartil (entre paréntesis). En cada comparación, las medianas que presentan letras diferentes indican diferencias significativas entre dichas categorías. Por ejemplo, en la dimensión vergüenza, la mediana en hombres (superíndice "a") es estadísticamente ($p \leq 0,017$) diferente de la mediana en mujeres (superíndice "b").

Al analizar las sub-escalas, destaca que en la sub-escala de vergüenza, los resultados indican que el nivel autoestigma varía según el sexo de los estudiantes, H (2 gl.)= -2.38, $p=0,017$), sus propios antecedentes, H (2 gl.)= 16.50, $p < 0,001$, y los antecedentes paternos de depresión, H (2 gl.)= 6.62, $p=0,037$. Así, las mujeres presentan niveles de vergüenza mayores que los hombres. Los adolescentes que reportaron que no sabían si habían tenido depresión manifestaron un mayor nivel de vergüenza que aquellos que refirieron que no habían tenido depresión ($p < 0,001$),

pero no hubo diferencias respecto de los adolescentes que sí presentaron la patología ($p=0,110$). Finalmente, aquellos adolescentes que reportaron que sus padres habían tenido o tenían depresión presentaron mayor niveles vergüenza que aquellos que indicaron que no sabían si sus padres habían tenido depresión ($p=0,016$) o que no la habían presentado ($p=0,012$).

Respecto de la sub-escala de auto-culpa no se presentaron diferencias significativas al considerar las diferentes variables ($ps > 0,05$).

Al considerar la sub-escala de inadecuación social, los resultados indican que el nivel autoestigma varía según el sexo $U=3512.5$, $Z= -2.845$ $p=0,004$, los antecedentes de depresión del adolescente, $H(2 \text{ gl.})= 22.90$, $p<,001$ y su tratamiento, $U=1543$, $Z= -2.57$, $p=0,010$, y así como por los antecedentes maternos de depresión, $H(2 \text{ gl.})=9.44$, $p=0,009$. Así, las mujeres y los adolescentes que reportaron haber recibido tratamiento para la depresión presentan mayores niveles de inadecuación social. Aquellos adolescentes que no tienen antecedentes de depresión en su vida presentan menores niveles de inadecuación que aquellos que sí han presentado la patología ($p=0,017$) y que aquellos que no tienen claridad sobre dicha situación ($p<,001$). Finalmente, aquellos adolescentes que reportaron que sus madres habían tenido o tenían depresión presentaron mayor nivel de inadecuación que los adolescentes cuyas madres no habían presentado la patología ($p=0,002$); pero alcanza a ser significativo respecto a aquellos que no sabían si sus madres habían tenido depresión ($p=0,023$, al considerar la corrección Bonferroni).

Al considerar la sub-escala inhibición de búsqueda de ayuda, los resultados indican que el nivel autoestigma varía según los antecedentes personales, $H(2 \text{ gl.})=10.94$, $p=0,004$, y familiares de depresión, tanto al considerar la historia materna, $H(2 \text{ gl.})=6.37$, $p=0,041$, como paterna $H(2 \text{ gl.})= 8.56$, $p=0,014$. Los adolescentes que reportaron haber tenido depresión no presentaron diferencias estadísticas significativas con aquellos que reportaron no haberla presentado ($p=0,324$) o no tener claridad al respecto ($p=0,243$). En cambio, aquellos que reportaron que no sabían si habían tenido depresión manifes-

taron un mayor nivel de inhibición de búsqueda de ayuda que aquellos que refirieron no haberla presentado ($p<,001$). Además, aquellos adolescentes que reportaron que sus progenitores habían tenido o tenían depresión presentaron mayor inhibición de búsqueda de ayuda que aquellos cuyos progenitores no habían tenido depresión (madres: $p=0,010$; padres: $p=0,011$). En cambio, los estudiantes que no sabían si sus progenitores habían presentado depresión no presentaron diferencias significativas respecto de los adolescentes que refirieron que sus progenitores no habían tenido depresión (madres: $p=0,303$; padres: $p=0,044$) ni de aquellos que indicaron que sus progenitores sí la habían presentado (madres: $p=0,124$; padres: $p=0,140$).

Correlaciones entre variables y Modelo predictivo de autoestigma

Las correlaciones entre variables muestran que presentar depresión actualmente en los adolescentes se asocia presentar antecedentes de depresión ($r= ,429$, $p < ,001$) y haber recibido tratamiento ($r= ,272$, $p < ,001$), así como con mayor sintomatología depresiva ($r= ,252$ $p < ,001$) y ansiosa ($r= ,219$, $p < ,002$), y menor calidad de vida ($r= -,212$, $p < ,003$). Además, tener antecedentes de depresión asocia a haber recibido tratamiento ($r= ,500$, $p < ,001$), tener antecedentes maternos de depresión ($r= ,173$, $p < ,016$), así como con mayor sintomatología depresiva ($r= ,253$ $p < ,001$) y ansiosa ($r= ,251$ $p < ,001$), y menor calidad de vida ($r= -,145$, $p < ,044$). Haber recibido tratamiento para la depresión se asocia con contar antecedentes maternos de depresión ($r= ,175$, $p < ,015$), así como con mayor sintomatología depresiva

($r = ,334$ $p < ,001$) y ansiosa ($r = ,339$, $p < ,001$), y menor calidad de vida ($r = -,203$, $p < ,005$). Asimismo, contar con antecedentes maternos de depresión se relaciona positivamente con los antecedentes paternos ($r = ,148$, $p < ,041$), con mayor sintomatología depresiva ($r = ,170$ $p < ,018$) y autoestigma ($r = ,178$, $p < ,013$). Finalmente, contar con

antecedentes paternos de depresión se relaciona con mayor autoestigma ($r = ,166$, $p < ,022$).

La tabla 4 indica que el nivel de autoestigma ante la depresión se relaciona con niveles más altos de síntomas ansiosos y depresivos y menor calidad de vida.

Tabla 4. Correlaciones entre variables

	1	2	3	4	5
1. Mujer					
2. Edad Adolescente	-,071				
3. Síntomas Depresivos	,282***	,024			
4. Síntomas Ansiosos	,247***	-,028	,789***		
5. Calidad de Vida	-,271***	-,100	-,783***	-,700***	
6. Autoestigma Depresión	,123	0,12	,356***	,361***	-,429***

Nota. *** $P < ,001$; ** $P < ,01$; * $P < ,05$

En relación al modelo predictivo, éste consideró como potenciales predictores las siguientes variables: edad y sexo del adolescente, depresión actual e historia personal de la depresión, tratamiento de la depresión, historia materna y paterna de depresión, calidad de vida, síntomas ansiosos y depresivos. La secuencia de incorporación de variables al modelo fue: calidad de vida, historia paterna de depresión (Sí), e historia personal de depresión del adolescente (No sé). Dado que las dos últimas variables corresponden a variables dummy, se incorporaron en un último paso aquellas variables que permiten su interpretación de acuerdo al sistema de categorización.

El modelo final obtenido, que se presenta en la tabla 5, da cuenta del 20% de la varianza de la escala total de autoestigma de la depresión, $F(5,186) = 10,816$; $p < 0,001$, $f^2 = ,29$. El modelo indica que, la historia personal de depresión, la historia de depresión del padre y la

calidad de vida relacionada con la salud predijeron el nivel de autoestigma de la depresión. De esta forma, los adolescentes que no sabían si habían presentado depresión y quienes reportaron que su padre había tenido o tenía depresión presentaron mayor nivel de autoestigma. Por otra parte, a menor calidad de vida hubo mayor autoestigma de la depresión.

DISCUSIÓN

Los estereotipos y actitudes estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental son comunes en los adolescentes y generan gran preocupación para aquellos que presentan dicha enfermedad¹². Cuando una persona asume e internaliza los estereotipos de la enfermedad mental se desarrolla el autoestigma que aboca en emociones y apreciaciones negativas respecto a su valía y competencia personal, independencia, contacto interpersonal y uso de servicios de salud mental².

Tabla 5. Modelo Predictivo del Autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados

	B	ET	Beta	t	p.
Constante	70,047	4,992		14,032	0,001
Calidad de Vida relacionada con la salud	-0,473	0,099	-0,348	-4,785	0,001
Historia personal de depresión del Adolescente: Sí ^a	2,063	2,594	0,055	0,795	0,427
Historia personal de depresión del Adolescente: No sé ^a	4,032	1,880	0,157	2,144	0,033
Historia personal de depresión del padre: Sí ^b	6,299	2,927	0,146	2,152	0,033
Historia personal de depresión del padre: No sé ^b	-0,117	1,595	-,005	-,073	0,942

Nota. B= Coeficiente de regresión no estandarizado, ET= Error Típico; Beta= Coeficiente de regresión estandarizado; t=valor distribución t, p.=probabilidad asociada al valor t. ^aCategoría Referencia Historia personal de depresión del adolescente= NO; ^bCategoría Referencia Historia paterna de depresión.

La depresión es una enfermedad mental estigmatizada por la sociedad. El presente estudio determinó la asociación entre autoestigma de la depresión y factores sociodemográficos, historia personal y parental de depresión, sintomatología ansiosa y depresiva, y calidad de vida en adolescentes escolarizados de 8° básico a 3° medio de tres colegios particulares subvencionados de Santiago, Chile.

Los resultados muestran que los hombres no presentaron mayor autoestigma de la depresión que las mujeres, similar a lo reportado por el estudio norteamericano⁷. Lo que muestra que el fenómeno del autoestigma de la depresión presenta connotaciones negativas similares en los adolescentes, por lo que al analizar estas variables se puede colegir que dichas connotaciones a la postre perjudican su bienestar psicológico, interacción social y la disposición de los adolescentes a los servicios de salud mental.

Las mujeres manifestaron mayor vergüenza e inadecuación social respecto al autoestigma de la depresión, y mayor sintomatología ansiosa que los hombres. En concordancia con lo señalado por el primer estudio australiano de autoestigma de la depresión⁶. De este modo, se puede hipotetizar que las mujeres tienen mayor nivel de conciencia respecto a la devaluación y discriminación que experimentará una persona con depresión.

No se encontró diferencia entre el autoestigma de la depresión en adolescentes con y sin historia personal de depresión, ni aquellos adolescentes que no sabían si habían tenido depresión lo que se sustenta con la vulnerabilidad de los adolescentes a las etiquetas estigmatizantes ya que menoscaba su autonomía, sentido de competencia y aceptación social¹³.

Sin embargo, los adolescentes que reportaron que no sabían si habían teni-

do depresión manifestaron un mayor nivel de autoestigma que aquellos que refirieron que no habían tenido 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 puede llevar a los adolescentes a resguardar su integridad psicológica mediante respuestas intermedias que no los expongan al juicio social. Por otra parte, estas respuestas podrían ser una estrategia de afrontamiento frente al estigma de la enfermedad mental, el secreto, como una manera de encubrir su condición estigmatizante¹⁴.

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. Por otro lado, se sabe que 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 se denominó estigma por asociación¹⁴.

La historia de tratamiento por depresión deviene en mayor inadecuación social, y no determina menos autoestigma de la depresión, lo que confirma que la etiqueta oficial a través del contacto con el tratamiento expondría a las personas a que sean objeto de devaluación y discriminación por parte de la comunidad; y genera consecuencias negativas que limitan las oportunidades de vida de estas personas debido al proceso de estigmatización¹⁵. Es así como, en los adolescentes que tienen tratamiento por depresión, se observa

que el autoestigma de la enfermedad está interfiriendo en su desempeño personal e interpersonal de manera prolongada; concluyéndose la necesidad de que en las planificaciones terapéuticas de depresión en adolescentes no se aborda el autoestigma de la depresión.

La historia personal de depresión, la historia de depresión del padre y la calidad de vida relacionada con la salud son los predictores del nivel de autoestigma de la depresión en esta investigación. Por lo que se puede deducir que los adolescentes que presentan antecedentes personales de depresión no reciben una atención especializada pertinente; la historia de depresión del padre al parecer representa una experiencia negativa para los adolescentes, y la calidad de vida determinan el autoestigma de la depresión en los adolescentes.

Limitaciones del Estudio: Dentro de las limitaciones de este estudio, se encuentra el utilizar cuestionarios de auto reporte, lo que implica que los adolescentes pudieran contestar de acuerdo a lo socialmente aceptable o esperable y no acorde a lo que en realidad piensen y sienten.

El pequeño tamaño muestral limita la generalización de los resultados. Finalmente, es necesario señalar que el carácter transversal del estudio no permite establecer relaciones causales entre las variables analizadas y el autoestigma de la depresión en adolescentes.

Fortalezas del Estudio: Esta investigación constituye un aporte valioso para el ámbito de la Psicología Clínica Infanto Juvenil, pues los resultados de esta investigación contribuyen a la

práctica clínica pues muestra que la historia personal de depresión, historia de depresión del padre y la calidad de vida son los predictores del autoestigma de la depresión en adolescentes según este estudio. También, se observa que los grupos de mayor riesgo a desarrollar autoestigma de la depresión son los adolescentes que no saben si han tenido o no depresión. Esto permite hipotetizar que pueden estar propensos a conductas riesgosas que perjudicarían su integridad física y psicológica, la inhibición de búsqueda de ayuda y tendrían dificultades individuales a largo plazo.

Asimismo, resalta la necesidad de realizar planes terapéuticos de depresión en adolescentes adecuados en los que se contemple el autoestigma de la depresión para así contrarrestar sus consecuencias negativas en los adolescentes.

De igual forma, plantea la necesidad de seguimiento a los adolescentes con antecedentes de depresión pues de acuerdo a los resultados de este estudio, se observa que la historia personal de depresión deviene en vergüenza, inadecuación social e inhibición de búsqueda de ayuda.

Además, proporciona un referente teórico para la Psicoeducación, Promoción, Prevención, Detección Temprana de Autoestigma de la Depresión en adolescentes e Intervenciones específicas.

Finalmente, el presente estudio muestra como el autoestigma es un fenómeno que se ve afectado por la experiencia de los adolescentes con la enfermedad, ya sea en primera persona o a través de su red familiar. Futuras investigacio-

nes que utilicen metodologías cualitativas permitirían entregar una mirada compresiva sobre cómo se desarrolla e internaliza el autoestigma de la depresión en adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otatti V, Bodenhausen G, Newman L (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. In: Corrigan P. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. American Psychological Association, pp 99-128. <https://doi.org/10.1037/10887-004>.
2. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental (2009), pp 12-17. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf. Consultado el 20 de Marzo de 2017.
3. Corrigan P, Deepa R. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure and Strategies for Change. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2012; 57(8): 464-469. doi:10.1177/070674371205700804.
4. Calcar A, Griffiths K, Christensen H. Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 129 (1):104-108. doi:10.1016/j.jad.2010.08.019.
5. Reavley N, Jorm A. Depression stigma in Australia high school students. *Youth Studies Australia*. 2011; 30(2): 33-40.
6. Dolphin L, Hennesy E. Depression Stigma Among Adolescents

- in Ireland. *Stigma and Health*. 2016; 1(3): 185-200. <https://doi.org/10.1037/sah0000025>.
7. Jaber R, Farroukh M, Ismail M, et al. Measuring depression and stigma towards depression and mental health treatment among adolescents in an Arab-American community. *Journal International of Culture and Mental Health*. 2015; 8 (3): 247-254. doi: 10.1080/17542863.2014.953188.
 8. Sarriá E, Garriga A, Pérez M, Fontes S, García, C (2005). Diseños de Investigación en Psicoterapia. UNED.
 9. Hernández R, Fernández C, Baptista P (2004). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill.
 10. Borghero F, Martínez V, Zitko P, Vöhringer P, Cavada G, Rojas G. Screening depressive episodes in adolescents. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-A). *Revista méd. Chile*, 2018; 146(4): 479-486. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000400479>.
 11. Sepúlveda R, Molina T, Molina R, et al. Adaptación Transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Revista méd. Chile*, 2013; 141(10): 1281-90. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000007>.
 12. Hinshaw S. The Stigmatization of Mental Illness in Children and Parents: Development issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005; 46(7): 714-734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x.
 13. Leavey J. Youth experiences of living with mental health problems: emergence, loss, adaptation and recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2005; 109-126. doi: 10.7870/cjcmh-2005-0018.
 14. Goffman E (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
 15. Link B, Cullen F, Struening E, et al. A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*. 1989; 400-423. <https://doi.org/10.2307/2095613>.