



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**FACTORES ASOCIADOS AL AUTOESTIGMA DE LA DEPRESIÓN EN  
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

**Tesis para optar al grado de**  
**Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil**

**Mariela Alexandra Suárez Barba**

**Profesora Guía: Dra. Vania Martínez Nahuel**

**Santiago de Chile, 2018**

## RESUMEN

**Introducción:** 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.

**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 escolarizados.

**Metodología:** 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.

**Resultados obtenidos:** Los adolescentes que no saben si tuvieron depresión, historia parental de depresión, mayor sintomatología depresiva, mayor sintomatología ansiosa, y menor calidad de vida son los factores asociados al autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados. El autoestigma de la depresión fue mayor en los adolescentes que reportaron no saber si tenían una historia personal de depresión versus los que estaban seguros de tener o no este antecedente.

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).

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

## DEDICATORIA

*“Podrán doblarnos pero no podrán rompernos,  
podrán cansarnos pero no podrán rendirnos”.*

*Econ. Rafael Correa Delgado*

*Ex- presidente de la República del Ecuador*

Dedico este trabajo investigativo a mi adorada madre Susana Barba, quien ha hecho de mí lo que soy, una mujer responsable, valiente y luchadora. Gracias mamita por apoyarme en cada uno de mis sueños. Te Amo.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer infinitamente a Dios por la vida y la oportunidad de aprender cada día de las experiencias y ser una mejor persona.

A mi madre, abuelita Angelita y hermana Haydeé por su inmenso cariño y bendiciones.

A Jorge Luis por su escucha y consejos pues me sostuvieron cuando más lo necesitaba.

A mis entrañables amigas del Magíster 2016, Damaris, Blanca, Melania, Valeria y Carolina por ser mi alegría, aliento y motivación. Las quiero mucho mis guambritas.

A Pía, Víctor, Edith, Alejandra, Perla, Elizabeth y Diego por haberme otorgado un lugar especial en su corazón y haber sido una buena compañía en el tiempo que la vida nos regaló durante mi tránsito por Santiago de Chile.

A mi querido maestro el Dr. Víctor Molina por su humanidad y apoyo moral en los momentos más difíciles del Magíster. Infinitas Gracias por ser mi tutor del desarrollo.

A mi querido maestro el Dr. Pablo Reyes por su bondad y paciencia en la asesoría metodológica y estadística de esta tesis.

A mis compañeros del Magíster 2016 por su amabilidad y ayuda.

A mi profesora guía, la Dra. Vania Martínez por su guía en la realización de mi tesis.

Al Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) por haber respaldado mi investigación y al Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) por haberme dado la oportunidad de capacitarme en temáticas concernientes a mi área de trabajo.

A mis queridas compañeras de la línea sistémica-narrativa del Magíster 2017 por su solidaridad y estima.

A mi terapeuta Florencia por acompañarme en la re-escritura de una historia de vida alternativa y preferida.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO .....	12
2.1 Estigma.....	12
2.2 Estigma de la Enfermedad Mental.....	25
2.3 Autoestigma de la Enfermedad Mental .....	32
2.4 Depresión.....	37
3. MARCO METODOLÓGICO .....	49
3.1 Objetivos.....	49
3.1.1 Objetivo General.....	49
3.1.2 Objetivos Específicos .....	49
3.2 Hipótesis .....	50
3.3 Diseño de la Investigación.....	50
3.4 Participantes .....	51
3.5 Instrumentos .....	51
3.6 Procedimiento.....	54
3.7 Análisis de Datos .....	55
3.8 Consideraciones Éticas.....	57
4. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS .....	59
4.1 Descripción de la Muestra .....	59
4.2 Resultados.....	62
5. DISCUSIÓN.....	72
5.1 Conclusiones .....	72

5.1.1 Factores asociados al Autoestigma de la Depresión en Adolescentes Escolarizados.	73
5.2 Relación de los resultados obtenidos con los estudios existentes	73
5.3 Incumplimiento de las hipótesis planteadas	74
5.4 Importancia del Estudio.	75
5.5 Limitaciones	76
5.6 Proyecciones a Futuro	76
5.7 Recomendaciones	77
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	83
ANEXO 1: MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS COLEGIOS	83
ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES	84
ANEXO 3: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES...	88
ANEXO 4: ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE	92
ANEXO 5: INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	94
Anexo 5.1: Cuestionario Sociodemográfico	94
Anexo 5.2: Cuestionario de Historia Personal y Parental de Depresión	95
Anexo 5.3: Escala de Autoestigma de la Depresión en Adolescentes	96
Anexo 5.4: Cuestionario de Sintomatología Depresiva PHQ-9	98
Anexo 5.5: Cuestionario de Sintomatología Ansiosa GAD-7	99
Anexo 5.6: Cuestionario de Calidad de vida	100

## Índice de Tablas

TABLA 1.- EDAD DE LOS ESTUDIANTES .....	59
TABLA 2.- CURSO DE LOS PARTICIPANTES .....	59
TABLA 3.- NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE .....	60
TABLA 4.- NIVEL DE EDUCACIÓN DEL PADRE.....	60
TABLA 5: CORRELACIONES ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y CALIDAD DE VIDA CON LA ESCALA TOTAL DEL AUTOESTIGMA DE LA DEPRESIÓN .....	69
TABLA 6: MODELO PREDICTIVO DEL AUTOESTIGMA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS .....	70

## Índice de Gráficos

GRÁFICO 1: AUTOESTIGMA DE LA DEPRESIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES.....	62
GRÁFICO 2: HISTORIA PERSONAL DE DEPRESIÓN .....	63
GRÁFICO 3: TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN .....	65
GRÁFICO 4: HISTORIA DE DEPRESIÓN MATERNA .....	66
GRÁFICO 5: HISTORIA DE DEPRESIÓN PATERNA .....	67

## 1. INTRODUCCIÓN

La Sociología ha contribuido al estudio del estigma, el sociólogo Émile Durkheim fue uno de los primeros en referirse al estigma como un fenómeno social (Durkheim, 1895). De igual forma, la Psicología Social ha facilitado la comprensión de los procesos de estigmatización, puesto que el estudio del estigma relacionado con la enfermedad mental devela el despliegue de los estereotipos (acuerdos generalizados sobre las características específicas de un conglomerado humano), prejuicios (valoraciones, actitudes y reacciones negativas) y discriminación (comportamientos de rechazo) frente a las personas que padecen dicha enfermedad (Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, 2009).

### 1.1 Generalidades en torno al Estigma de la Enfermedad Mental

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 (Muñoz, et.al, 2009).

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 et al., 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).

## **1.2 Revisión Sistemática del Estigma de la Enfermedad Mental en Adultos**

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 estigmatizantes que una persona tiene acerca de sí misma debido a la enfermedad mental), estigma familiar (actitudes estigmatizantes hacia un familiar por la enfermedad mental) y estigmas múltiples (estudios con más de un tipo de estigma) (Mascayano et al., 2016).

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 15,3% fueron estudios de estigmas múltiples (Mascayano et al., 2016).

En el estigma público identificaron que los encuestados asociaban un comportamiento extraño o inadecuado y agresividad a las personas con 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 (Mascayano et al., 2016).

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 identificaron 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 (Mascayano et al., 2016).

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. Además, que el diagnóstico de esquizofrenia desencadenaba estigma y discriminación. Y, que el género femenino estaba asociado a enfermedades mentales (Mascayano et al., 2016).

### **1.3 Revisión Sistemática del Estigma de la Enfermedad Mental en Niños y Adolescentes**

Kaushik, Kostaki & 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 (Kaushik et al., 2016).

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 acerca del estigma público y autoestigma (estigma público internalizado) específicamente en niños y adolescentes con dificultades de salud mental en un rango de edad de 0 a 18 años por parte de adultos y compañeros.

Dicha revisión tuvo la finalidad de identificar la influencia del diagnóstico, edad y demografía en la estigmatización de estos grupos etarios. Y, reconocer cuáles de los hallazgos principales de la literatura de estigma en adultos se encontraban en niños y adolescentes con problemas en salud mental (Kaushik et al., 2016).

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 (Kaushik et al., 2016). Hubo varios temas semejantes entre la estigmatización de niños y adolescentes con dificultades de salud mental y adultos. 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 (Kaushik et al., 2016).

Respecto a 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 (Kaushik et al., 2016).

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 (Kaushik et al., 2016).

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. Por otro lado, aumentaba la estigmatización (Kaushik et al., 2016).

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 (Kaushik et al., 2016).

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 (Kaushik et al., 2016).

Respecto al estatus socioeconómico y etnicidad, los estudios eran muy pocos y variados en su metodología (Kaushik et al., 2016).

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).

No existe un consenso en la definición de autoestigma de la enfermedad mental, pero en la revisión bibliográfica todos los investigadores interesados en este tema convergen en la idea principal de que el autoestigma es internalizar los estereotipos negativos acerca de dicha enfermedad y atribuirlos sobre uno mismo.

La estigmatización de niños y adolescentes debida a una enfermedad mental es un problema universal e incapacitante (Kaushik et al., 2016). El estigma no es abordado de la misma forma en la población adulta y la población adolescente debido a las diferencias en el desarrollo cognitivo entre ambas poblaciones porque resulta difícil extrapolar los resultados de los adultos a las muestras de adolescentes (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüsçh, 2005). Aunque se pueden encontrar ciertas similitudes del estigma entre niños, adolescentes y adultos (Kaushik et al., 2016).

#### **1.4 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.

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 (García, 2012).

Las características de esta enfermedad son estado de ánimo deprimido (irritabilidad en niños y adolescentes), disminución de interés o placer, pérdida o aumento de peso corporal, disminución o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

También, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado,

intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (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).

### **1.5 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 & De la Barra (2007) encontraron en un estudio de trastornos depresivos en niños y adolescentes 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%.

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.

## **1.6 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 (Calear, Griffiths, & Christensen, 2011).

Las actitudes de estigmatización de la depresión provocan incompreensión, 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).

## **1.7 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, evaluaron ansiedad, depresión, autoestima, control personal, estilo atribucional y consumo de alcohol (Calear et al., 2011).

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 (Calear et al., 2011).

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 (Calear et al., 2011).

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 & 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 (Dolphin & Hennesy, 2016).

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 (Dolphin & Hennesy, 2016).

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 (Dolphin & Hennesy, 2016). 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 en ciertos componentes. 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).

### **1.8 Justificación de la Investigación**

Esta revisión teórica de los estudios realizados en torno al 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.

Asimismo, la batería psicológica que evalúa el constructo del autoestigma de la depresión en adolescentes tiene la consigna de que el/la adolescente se imagine que tiene depresión, no necesariamente debe tener depresión para contestar a cada una de las frases. En este sentido, al posicionarse imaginariamente en esta enfermedad, se le insta a que piense cómo se sentiría consigo mismo/a, para que de esta manera el/la adolescente pueda reflejar sus verdaderas actitudes hacia la depresión.

Es importante señalar que no se investigan estigma público, estigma percibido, estigma familiar o estigmas múltiples pues estas variables no están incluidas en el proyecto FONDECYT 1161696 “Eficacia de un programa escalonado basado en Internet para la

prevención e intervención temprana de la depresión en adolescentes secundarios en Santiago, Chile”, investigación mayor en la que está adscrito este estudio. Se mencionó estos tipos de estigma para tener un conocimiento de los mismos pues el estigma es un constructo que incluye diversas perspectivas (Dolphin & Hennesy, 2016).

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ESTIGMA**

#### **2.1.1 Generalidades entorno al Estigma**

La sociedad instituye los medios para categorizar a las personas y los atributos que se perciben como constitutivos en estas personas que pertenecen a cada una de esas categorías. El medio social instauro las categorías de personas que se pueden encontrar (Goffman, 1963).

La interacción social cotidiana en medios preestablecidos nos permite alternar con otros, es probable que cuando nos encontremos frente a una persona extraña, su apariencia nos permita prever la categoría en la que se encuentra y sus atributos, es decir, su identidad social (Goffman, 1963).

A estas anticipaciones las transformamos en expectativas normativas, en demandas manifiestas inflexibles. A nivel general, nosotros no tenemos conciencia de haber formulado estas demandas ni de su contenido, hasta que nos interpelamos si estas demandas son verdaderas (Goffman, 1963).

En este momento nos damos cuenta que hemos estado dando por sentado repetidamente determinados supuestos sobre una persona que está delante de nosotros. De este modo, las demandas que formulamos son demandas en esencia y el carácter asignado a la persona sería el resultado de una adjudicación retrospectiva en potencia. Por lo tanto, es una caracterización en esencia, es una identidad social virtual (Goffman, 1963).

Por otro lado, la categoría y atributos que se pueden demostrar y le pertenecen a una persona, se denomina identidad social real (Goffman, 1963).

### 2.1.2 Concepto de Estigma

Goffman (1963) indica que el término estigma hace referencia “a un atributo profundamente desacreditador” en una persona que lo posee (p. 13). En donde dicha persona ya no se percibe como normal e íntegra, pues este atributo la convierte en una persona inficionada y despreciada. Lo que ocasiona un descrédito en los demás hasta el punto de creer que esta persona no es humana, y en base a este supuesto se despliegan varios tipos de discriminación que a su vez restringen sus posibilidades de vida y aceptación social. Esto se traduce en una discrepancia especial entre la identidad social real e identidad social virtual (Goffman, 1963).

Cuando la discrepancia es conocida o manifiesta, daña la identidad social de la persona, la aísla de la sociedad y de sí mismo, de esta manera pasa a ser una persona descreditada frente a un mundo que no la acepta (Goffman, 1963).

### 2.1.3 Tres ejes dimensionales del Estigma

Crocker, Major & Steele (1998) postulan que el estigma se desarrolla dentro de una matriz social de relaciones e interacciones que precisan ser comprendidas en tres ejes dimensionales, como se explica seguidamente.

**-Primer eje-Perspectiva:** Es la forma en que el estigma es percibido por la persona quien estigmatiza, es decir, el perceptor. Y, la persona que está siendo estigmatizada es el objetivo (Crocker, et. al, 1998).

**-Segundo eje-Identidad:** Es la que se define a lo largo del continuo vital desde un nivel personal a un nivel interpersonal basado en identificaciones grupales y pertenencia en grupos (Crocker, et. al, 1998).

**-Tercer eje-Reacciones:** Es la manera en que el estigmatizador y estigmatizado reaccionan al estigma y consecuencias. Las reacciones se miden a nivel cognitivo, afectivo y conductual (Crocker, et. al, 1998).

La marca de estigma tiene 3 características, la visibilidad o cuando es obvia la marca. El control o si la marca está bajo el control del portador, y el impacto o cuantos de aquellos que estigmatizan temen al estigmatizado (Crocker, et. al, 1998).

Las actitudes estigmatizadoras son peores cuando la marca es muy visible, si se percibe si está bajo el control del portador y si infunde miedo por transmitir un elemento de peligro (Arboleda, 2003).

#### **2.1.4 Doble perspectiva de la persona estigmatizada**

Goffman (1963) señala que el estigma y sinónimos encubren una doble perspectiva referente a la persona estigmatizada: el descreditado y el descreditable.

**-El descreditado.-** Es aquel en el que la diferencia es conocida y evidente en su comportamiento (Goffman, 1963).

**-El descreditable.-** Es quien cuya diferencia no es conocida ni perceptible por el entorno circundante (Goffman, 1963).

Es relevante hacer esta distinción, aunque es posible que una persona estigmatizada haya experimentado ambas condiciones (Goffman, 1963).

#### **2.1.5 Origen del Estigma**

Stangor & Crandall (2000) plantearon una hipótesis de que tres elementos principales se requieren para que las actitudes estigmatizantes existan: un “estímulo operativo” que es acentuado a través de la “percepción” y consolidado mediante el “reparto social” de la información.

**-Estímulo operativo:** Es la percepción inicial de amenazas reales o simbólicas al sí mismo. Las amenazas pueden ser reales cuando amenazan un bien material o concreto. O simbólicas, cuando amenazan las creencias, ideologías o valores sobre las cuales el grupo de personas organiza sus áreas sociales, políticas y espirituales (Stangor & Crandall, 2000).

**-Percepción:** Se refiere a distorsiones perceptuales devenida del estímulo operativo que aumentan las diferencias en los grupos humanos (Stangor & Crandall, 2000).

**-Reparto social:** Es el reparto consensuado de amenazas y percepciones en la sociedad (Stangor & Crandall, 2000).

La expansión del estigma se convierte en un elemento de una sociedad que crea, aprueba, mantiene actitudes y comportamientos estigmatizantes (Arboleda, 2003).

## **2.1.6 Componentes interrelacionados del Estigma**

Link & Phelan (2001) señalan que el estigma existe cuando convergen los siguientes componentes interrelacionados.

### **2.1.6.1 Primer componente: Distinguir o etiquetar diferencias**

Las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. Existe una selección social de las diferencias humanas cuando se trata de identificar diferencias que importarán socialmente. Una vez que las diferencias son identificadas y etiquetadas se establecen categorías como hay personas negras o blancas, ciegas o videntes, con discapacidad y sin discapacidad (Link & Phelan, 2001).

La naturaleza rígida de estas categorizaciones es la razón por las que tales designaciones tienen un enorme peso. No obstante, se pueden hacer observaciones que demuestran el carácter social de esta selección de las diferencias sociales (Link & Phelan, 2001).

Primero, se requiere de una simplificación sustancial para crear grupos. Esto sucede cuando se asigna a los individuos a categorías como negro o blanco cuando existe variabilidad dentro de las categorías resultantes y no hay una demarcación clara entre las categorías en casi cualquier criterio imaginable. Incluso en atributos como el color de piel, origen, rasgos faciales entre otros (Link & Phelan, 2001).

Segundo, el papel central de la selección social de las diferencias humanas se manifiesta al señalar que los atributos considerados prominentes difieren según el tiempo y el lugar. Por

ejemplo, a finales del siglo XIX, se asociaba que ciertas características físicas humanas como frentes pequeñas y caras grandes eran similares a las de los simios. Y, se creía que revelaban la naturaleza criminal en las personas que las poseían (Link & Phelan, 2001).

Además, cada cultura varía en las características que se consideran significativas. Tal es el caso de la antigua cultura maya que otorgó una significación especial al estrabismo, por lo que procuraban generar esta característica en los niños (Link & Phelan, 2001).

Debido a que las diferencias humanas son socialmente seleccionadas por la prominencia, Link y Phelan (2001) utilizan la palabra “etiqueta” en lugar de “atributo”, “condición” o “marca”. Estos últimos términos se refieren a la persona estigmatizada e impiden ver que la identificación y elección de significación social corresponde a los procesos sociales. En cambio, una etiqueta es algo que se adhiere a la persona (Link & Phelan, 2001).

Términos como “atributo”, “condición” o “marca” implican que la designación tiene validez. En cambio, la palabra “etiqueta” deja la validez de la designación como una circunstancia abierta a discusión como consecuencia de la etiqueta (Link & Phelan, 2001).

#### **2.1.6.2 Segundo Componente: Asociar diferencias humanas con atributos negativos**

El segundo componente del estigma ocurre cuando las diferencias humanas establecidas están vinculadas a estereotipos. Este componente ha sido más destacado en la literatura psicológica sobre el estigma, ya que plantea cuestiones de la naturaleza psicológica acerca de los procesos de pensamiento que facilitan las conexiones entre las etiquetas y los estereotipos. Es decir, una etiqueta que liga a una persona a un conjunto de características indeseables que forman el estereotipo (Link & Phelan, 2001).

Las categorías y los estereotipos son a menudo “automáticos” y facilitan la “eficiencia cognitiva”. La naturaleza automática se revela en experimentos que muestran que las categorías y los estereotipos se usan para hacer juicios instantáneos y parecen operar preconscientemente. Además, de operar de manera automática y preconsciente, algunos estudios aluden que el uso de la categoría preserva los recursos cognitivos (Link & Phelan, 2001).

Desde una óptica psicológica, las categorías culturales están presentes a un nivel preconsciente y proporcionan a las personas un medio para tomar decisiones claves que las liberan para atender a otros asuntos (Link & Phelan, 2001).

#### **2.1.6.3 Tercer componente: Separación “nosotros” de “ellos”**

El vínculo de las etiquetas con los atributos indeseables se convierte en una razón para creer que las personas etiquetadas negativamente son diferentes de aquellas que no tienen la etiqueta (Link & Phelan, 2001).

Cuando se cree que las personas etiquetadas son claramente diferentes, los estereotipos se logran sin dificultad porque hay poco daño en atribuir todo tipo de malas características a “ellos”. En el extremo, se cree que la persona estigmatizada es tan diferente de “nosotros” como para no ser realmente humana. Y, toda manera de trato horrible de “ellos” llega a ser verosímil (Link & Phelan, 2001).

#### **2.1.6.4 Cuarto componente: Pérdida de estado y discriminación**

Cuando las personas son relacionadas con características indeseables, están etiquetadas y separadas del conglomerado social, se construye una lógica para devaluarlas, rechazarlas y excluirlas. Esto les lleva a experimentar la pérdida de estado y discriminación que perjudica las oportunidades de vida como vivienda, trabajo, educación, salud y bienestar psicológico (Link & Phelan, 2001).

##### **2.1.6.4.1 Pérdida de Estado**

Los estereotipos y el etiquetado negativo tienen un efecto en la persona pues le asignan un nivel bajo en la jerarquía de estado. La persona está vinculada con características indeseables que reducen su estado frente a la mirada de estigmatizador (Link & Phelan, 2001).

#### **2.1.6.4.2 Discriminación**

##### **-Discriminación Individual**

Sucede cuando el etiquetado de una persona “A” y el estereotipado de una persona “B”, lleva a la persona “A” a estar inmersa en formas evidentes de discriminación dirigidas por la persona “B”, como por ejemplo: rechazar una postulación a un empleo o no alquilar un departamento. Consecuentemente, el etiquetado y el estereotipado conducen a desigualdades sociales (Link & Phelan, 2001).

##### **-Discriminación Estructural**

Es cuando las prácticas institucionales colocan en situación de desventaja a los grupos minoritarios pues presentan características diferentes a la población general. Referente a la salud mental, por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, al ser una enfermedad estigmatizada recibe menos financiación para su investigación y menos presupuesto para una atención y gestión adecuadas. Conforme el estigma de la esquizofrenia ha creado tal situación, una persona que presente este trastorno será el depositario de la discriminación estructural (Link & Phelan, 2001).

##### **-Pérdida de Estado como fuente de Discriminación**

Una posición inferior en una jerarquía de estado tiene efectos en las oportunidades de vida de una persona. No es necesario examinar el etiquetado y estereotipado que inicialmente condujeron al estado o posición inferior, porque éste último se convierte en la base de la discriminación (Link & Phelan, 2001).

Los estereotipos, prejuicios y discriminación no son los únicos desencadenantes de estigma. También, es necesario el poder económico, social y político para estigmatizar a las personas (Link & Phelan, 2001).

Entonces, las diferencias entre las personas tienen que ser notadas, para ser consideradas relevantes y etiquetadas. Para que el estigma desarrolle sus consecuencias negativas en la

vida de las personas, el grupo estigmatizante debe ocupar una posición más poderosa que el grupo estigmatizado (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

### **2.1.7 Teoría del Etiquetado**

La primera investigación en el estudio de desviación fue realizada por Emile Durkheim (1897) quien efectuó una investigación del suicidio en la cual estableció la relación entre la organización social y las tasas de suicidio. Desde el inicio, una corriente influyente fue la perspectiva positivista, la que consideraba en primer lugar que la desviación se refería al comportamiento que infringía la norma como el alcoholismo, delincuencia, crimen, suicidio, etc. En segundo lugar, la investigación en desviación fue orientada hacia identificar las causas sociales o la etiología del comportamiento que transgredía la norma y sus consecuencias.

En los años sesenta, la tradicional perspectiva positivista fue eclipsada por lo que se ha caracterizado como el etiquetado, la perspectiva interaccionista y la reacción social (Berk, 2015).

En 1980 hubo una declinación de la popularidad de la teoría del etiquetado y desde finales de 1990 se dio un resurgimiento de libros y artículos focalizados en la mencionada teoría (Berk, 2015).

No existe una perspectiva del etiquetado integral pues se desarrolló de manera fragmentaria, existieron intentos de unificar su variedad de áreas. La relación con la teoría sociológica como la reacción social e interaccionismo simbólico no estaban claramente explicadas (Berk, 2015).

La manera más unificada respecto al etiquetado fue la presentada por Earl Rubington y Martin Weinberg (1968) quienes describieron un cuerpo emergente de la teoría e investigación como la perspectiva “interaccionista”. Realizaron esfuerzos para incorporar la teoría del etiquetado, centrándose en los efectos del etiquetado sobre el individuo, mientras que al mismo tiempo incluyeron investigaciones que podrían haber sido consideradas con

un alcance más amplio de la teoría del etiquetado como estudios en instituciones de control social, agencias de trabajo social, surgimiento de subculturas y movimientos sociales.

Estos estudios requerían un amplio marco que el término perspectiva interaccionista no proveía. Entonces, era necesario un marco conceptual que abarque los asuntos en la matriz de la teoría del etiquetado. El efecto del interaccionismo simbólico en la teoría de la reacción social fue mantener el centro de interés sobre los aspectos psicológicos y sociales del proceso de etiquetado. Por lo que, la perspectiva de la reacción social abarca los aspectos micro, meso y macro que explican la teoría del etiquetado lo que contribuye a su comprensión (Berk, 2015).

La orientación de la teoría del etiquetado se volvió a centrar en diferentes formas de desviación, como crimen, delincuencia, enfermedad mental, uso de drogas, pandillas, orientación sexual o discapacidad (Berk, 2015).

No obstante, se redefinió el término de desviación y el campo de estudio. La desviación se refería ahora a las acciones o personas que provocan desaprobación, condena, rechazo o exclusión social. De igual forma, las normas morales se determinan hasta que las personas reaccionan negativamente contra los otros, es la reacción de los últimos lo que hace que los primeros sean personas desviadas, más que el acto en sí mismo (Berk, 2015).

Por lo tanto, las personas pueden ser condenadas socialmente sin que hayan infringido las normas y ser consideradas desviadas desde esta perspectiva. Hasta el momento, existió un cambio en el significado del término desviado desde la perspectiva positivista que se centraba en el comportamiento de la persona a su estado en el grupo, es decir, cómo dicha persona está definida por el grupo, lo que corresponde a la perspectiva del etiquetado (Berk, 2015).

Así, los intereses y esfuerzos de la investigación de los teóricos del etiquetado fueron dirigidos a las definiciones y causas sociales del etiquetado, así como las consecuencias del etiquetado, especialmente en el comportamiento posterior, identidad, y posible trayectoria de desviación (Berk, 2015).

La teoría del etiquetado también desvió la atención de los efectos negativos de la desviación sobre la sociedad y las consecuencias del etiquetado en las vidas de las personas consideradas como desviados por la sociedad (Berk, 2015).

### **2.1.7.1 La perspectiva de la reacción social y la teoría del etiquetado**

Berk (2015) señala que la perspectiva de la reacción social y sus niveles de análisis micro, meso y macro se encuentran íntimamente entrelazados y permiten entender a la teoría del etiquetado. Se explican a continuación:

**1.-** La teoría del etiquetado corresponde a un enfoque de los micros aspectos de la teoría de la reacción social, como las consecuencias del etiquetado en la persona, su autoconcepto, identidad, oportunidades de vida, acciones desviadas subsecuentes y consolidación en la trayectoria desviada (Berk, 2015).

El significado de desviado se revela en el proceso de interacción social donde la persona se construye a partir de las acciones y reacciones de los demás (Berk, 2015).

**2.-** El mesoanálisis intenta vincular las perspectivas de etiquetado con las estructuras más grandes de la sociedad, como las agencias de control social, movimientos sociales y la aparición de subculturas o profesiones (Berk, 2015).

La desviación puede verse como una forma de estratificación social basada en "grupos de estatus" referentes al prestigio, respeto o dignidad de la persona para hacer posible la aceptación social mediante afirmaciones de status. Las celebridades se posicionan en el nivel alto, la gente común un nivel intermedio y los desviados el nivel bajo (Berk, 2015).

Por lo tanto, la desviación puede ser estudiada dentro de una estructura de estratificación y desigualdad de prestigio o aceptación social (Berk, 2015).

**3.-** El macroanálisis se refiere a las interconexiones de los procesos de etiquetado con la estructura social y el sistema social más amplios, extendiéndose tal vez hasta el orden mundial y los procesos mundiales relacionados con patrones de control social. Las

categorías dentro de las cuales se colocan los individuos son construcciones sociales (Berk, 2015).

Scheff (1966) indicó en su análisis que a la enfermedad mental se le asignó una categoría “residual” que abarca las formas de desviación que no se ajustan a otras categorías establecidas y permite al sistema estructural mayor enfrentar la gama de comportamiento inaceptable que no encaja perfectamente en el sistema convencional de los tipos sociales. Respecto a la eclosión de la enfermedad mental mencionó que está relacionada con la reacción social.

La función del etiquetado es proteger el status quo y preservar la realidad social subyacente. Además, el etiquetado determina el curso de la desviación. Y, el etiquetar a las personas como enfermos mentales es una manera de definir de manera concluyente las fronteras morales del mundo (Scheff, 1966).

Actualmente, la teoría del etiquetado está adherida en la estructura de la teoría de la desviación. Además, se han documentado varias historias sobresalientes de la teoría del etiquetado y el resurgimiento de la teoría de la desviación (Berk, 2015).

Los estudios de la teoría del etiquetado en el área de la enfermedad mental precisan de una reformulación más profunda de la teoría para que se puedan realizar las predicciones más exactas (Berk, 2015).

### **2.1.8 Teoría del Etiquetado modificada**

Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend (1989) indican que los críticos de la teoría del etiquetado cuestionaban fuertemente la hipótesis etiológica de la enfermedad mental de Scheff de que la aparición de la enfermedad mental está relacionada con la reacción social y que el etiquetado causa la mayor trayectoria de desviación. Además, dichos críticos subestimaban las consecuencias del estigma y estereotipos en las personas que tienen problemas mentales.

A la luz de esta controversia, Link et. al, (1989) propusieron una teoría del etiquetado modificada y tomaron en cuenta los principales puntos de las consecuencias del etiquetado de Scheff.

Scheff (1966) consideró que una vez que una persona es etiquetada recibe respuestas iguales de los otros. El comportamiento se forma acorde con estas expectativas, se estabiliza mediante un sistema de recompensas y castigos que restringen a la persona etiquetada al rol de una “persona enferma mental”. Cuando la persona internaliza este rol lo incorpora como una identidad central por lo que el proceso se completa y la enfermedad mental crónica es la consecuencia.

Link et. al, (1989) proponen 5 pasos que explican la teoría del etiquetado modificada, se desarrollan a continuación.

**-Paso 1: Creencias sobre la devaluación y discriminación.-** Las personas internalizan las concepciones sociales referentes al significado de ser etiquetado mentalmente enfermo. Este proceso de internalización de concepciones sociales sobre el estado del paciente con una enfermedad mental ocurre en la socialización pues la actitud hacia los enfermos mentales puede ser formada por las actitudes de la comunidad, figuras significativas, bromas, prensa, televisión y dibujos animados. Entonces, los pacientes psiquiátricos y la población general desarrollarán concepciones de lo que implica ser portador de una enfermedad mental (Link et. al, 1989).

La devaluación y discriminación ocurre en la medida en que las personas creen que la comunidad devaluará y discriminará a un paciente con una enfermedad mental. Por tanto, las actitudes y expectativas de rechazo a los pacientes son producto del contexto socio-cultural más que su condición psiquiátrica (Link et. al, 1989).

**-Paso 2: El etiquetado oficial a través del contacto de tratamiento.-** La etiqueta oficial desencadena opiniones (creencias sobre la devaluación y discriminación) de la persona etiquetada por parte de la comunidad. Lo que despliega actitudes de la comunidad hacia los pacientes que poseen una enfermedad mental (Link et. al, 1989).

De este modo, la persona etiquetada se autoaplica una matriz de creencias, ahora cobra importancia la creencia de que si la gente devaluará y discriminará a una persona que se encuentra en tratamiento por una enfermedad mental (Link et. al, 1989).

**-Paso 3: Respuestas de los pacientes a su estado estigmatizante.-** Se presentan tres tipos de respuestas al etiquetado, el secreto, evitación social y educación. Estas respuestas emergen porque los pacientes experimentan la estigmatización de los otros como una amenaza (Link et. al, 1989).

Respecto al secreto, los pacientes deciden ocultar su historial de tratamiento de los familiares, empleadores o parejas para evitar el rechazo por parte de ellos (Goffman, 1963).

La evitación social se refiere a la restricción de la interacción social (Goffman, 1963). Con este mecanismo de afrontamiento, los pacientes se protegen del rechazo que implica buscar amigos, trabajo y otras cosas en el entorno social (Link et. al, 1989).

La educación busca cambiar los puntos de vista de los demás, no implica la aceptación pasiva de las actitudes de otros hacia una etiqueta como el secreto y la evitación social. La necesidad de educar muestra que los pacientes consideraban una probable estigmatización, una posibilidad que los críticos de la teoría del etiquetado negaban (Link et. al, 1989).

**-Paso 4: Consecuencias del proceso de estigma en la vida de los pacientes.-** Los efectos negativos del estigma pueden surgir de las creencias (devaluación y discriminación), de las actitudes de la comunidad hacia las personas portadoras de una enfermedad mental o por los intentos de protegerse por medio de la evitación social (Link et. al, 1989).

Las respuestas de secreto, evitación social y educación que de cierta manera protegen a los pacientes de algunos aspectos negativos del etiquetado, a su vez producen consecuencias negativas que limitan sus oportunidades de vida (Link et. al, 1989).

**-Paso 5: Vulnerabilidad a un desorden futuro.** Si suceden los pasos del 1 al 4 muchos pacientes carecerán de autoestima, vínculos de redes sociales y empleo como consecuencia de sus propias reacciones y de las reacciones de otros al etiquetado (Link et. al, 1989).

Para algunos pacientes, el etiquetado y estigma pueden promover un estado de vulnerabilidad que aumenta su probabilidad de experimentar episodios repetidos del trastorno que presentan (Link et. al, 1989).

Las diferencias del postulado de Link et. al, (1989) con la propuesta del etiquetado de Scheff (1966) son que Link y colegas enfatizan en la variabilidad de las creencias de la sociedad acerca de la enfermedad mental, las respuestas de los otros, las respuestas de la persona etiquetada en base a sus creencias acerca de las reacciones de los demás. Además, no determinan que el etiquetar tiene el poder de crear enfermedad mental pues advierten que el etiquetado y estigma son posibles causas de resultados negativos que pueden poner a los pacientes mentales en riesgo de la recurrencia o prolongación de los trastornos que resultan de otros factores (Link et. al, 1989).

## **2.2 ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

### **2.2.1 Generalidades en torno al Estigma de la Enfermedad Mental**

Las percepciones culturales concernientes a la enfermedad mental podrían estar asociadas con dos amenazas a la salud de la sociedad porque la enfermedad mental genera dos tipos de miedo: el miedo a un ataque físico y el miedo de contaminación (temor de perder también el juicio) (Arboleda , 2003).

Las personas con enfermedad mental son estereotipadas como débiles, incapaces de contribuir y las catalogan como una carga para el sistema social. Además, la enfermedad mental puede ser vista como una representación de una amenaza simbólica a las creencias y valores compartidos por la sociedad (Arboleda, 2003).

Las personas con enfermedad mental se enfrentan a los síntomas de su enfermedad y las reacciones negativas de la sociedad. Respecto a la sintomatología de la enfermedad, dependiendo del trastorno mental pueden presentar ansiedad, cambios de humor, alucinaciones recurrentes o delirios; los cuales interfieren en el trabajo y una vida independiente y satisfactoria (Rüsch et. al, 2005).

Correspondiente a las reacciones negativas de la sociedad, existen tergiversaciones acerca de los trastornos mentales que desembocan en estigma. Por lo tanto, la enfermedad mental representa dificultades tanto de los síntomas como de las reacciones de la sociedad (Rüsch et. al, 2005).

Una complicación agregada que emerge es el apareamiento del autoestigma que sucede cuando una persona acepta los prejuicios comunes de la enfermedad mental y los atribuye sobre sí misma por lo que pierde la autoconfianza (Rüsch et. al, 2005). Este tema se discutirá más adelante.

### **2.2.2 Modelo Psicosocial del Estigma de la Enfermedad Mental**

Ottati, Bodenhausen & Newman (2005) señalan que para comprender el estigma de la enfermedad mental es importante adoptar un enfoque social y psicológico. Para lo cual se basan en la distinción entre estereotipo, prejuicio y discriminación, que se describen a continuación.

**-Estereotipo.-** Es la representación cognitiva de un grupo de personas con enfermedad mental, dicha representación engloba ciertos rasgos como “son excéntricos”, y ciertos comportamientos como “hablan solos” (Ottati et al. 2005).

**-Prejuicio.-** Hace referencia a una reacción afectiva, evaluación y actitud negativa dirigida hacia este grupo de personas (Ottati et al. 2005).

**-Discriminación.-** Concierno a conductas o acciones negativas destinadas a personas con enfermedad mental (Ottati et al. 2005).

El estereotipo, prejuicio y discriminación están relacionados. Por ejemplo: una persona que cree que la gente con un enfermedad mental son incompetentes (estereotipo), la evaluaría de una manera negativa (prejuicio) y consecuentemente, rechazaría contratar a estas personas por su enfermedad mental (discriminación) (Ottati et al. 2005).

La investigación sugiere que las actitudes públicas hacia las personas con enfermedades mentales parecen haber sido más estigmatizantes en las últimas décadas (Rüsch et. al, 2005).

### **2.2.3 Modelos Cognitivos actuales que respaldan el Estigma de la enfermedad mental**

Corrigan, Watson & Otatti (2003) señalan que hay dos modelos cognitivos de estigma que tienen un fuerte apoyo de la psicología ingenua o *naïve psychology*, que son: el estigma de la enfermedad mental como una normal percepción de un comportamiento bizarro y el estigma representa el núcleo de la verdad. Se describen seguidamente.

#### **2.2.3.1 El estigma de la enfermedad mental como una normal percepción de un comportamiento bizarro**

El comportamiento y las percepciones de peligrosidad activadas por la etiqueta de la enfermedad mental son importantes para determinar el rechazo. La gente que respalda las creencias de que las personas con enfermedad mental son peligrosas rechazan más a las personas etiquetadas que a las que no están etiquetadas (Corrigan et al. 2003).

#### **2.2.3.2 El estigma representa el núcleo de la verdad**

Si se cree que las personas que tienen una enfermedad mental son bizarras, peligrosas, incompetentes e irresponsables en comparación con la población general; es entendible que estas características sean atribuidas a la categoría de la enfermedad mental. Por lo tanto, se constituyen en concepciones estereotípicas que tienden a contener el núcleo de la verdad (Corrigan et al. 2003).

Sin embargo, la evidencia muestra que las personas con enfermedad mental son ligeramente más peligrosas, desagradables, homicidas, irresponsables, rebeldes que el resto de la población. Por lo que, la evaluación de la precisión del estereotipo es necesaria, pues aunque tenga algo de precisión, es claro que posee un componente significativo de imprecisión (Corrigan et al. 2003).

#### **2.2.4 Limitaciones de los modelos cognitivos actuales que respaldan al Estigma de la enfermedad mental**

Corrigan et al. (2003) al referirse al estigma de la enfermedad mental como una normal percepción de un comportamiento bizarro, explican que el riesgo de violencia relacionado con un trastorno mental parece estar limitado a individuos que experimentan un subconjunto específico de síntomas psicóticos, denominados síntomas de amenaza y anulación de control que influyen en la definición de la persona de la situación. Además, el extremo miedo asociado con el estereotipo de la enfermedad mental por sí mismo y su amplia aplicación a todas las personas con enfermedad mental parece ser exagerado (Corrigan et al. 2003).

Concerniente a que el estigma representa el núcleo de la verdad, los autores expresan que los errores que devienen del núcleo de la verdad pueden ser explicados en términos de sesgos perceptuales que están relacionados con mecanismos cognitivos y no con la verdad de la evidencia (Corrigan et al. 2003).

Como resultado, estos sesgos perceptuales amplían nuestra comprensión de estereotipos y proporcionan una extensa metodología para probar muchas de la hipótesis que emergen de esta comprensión, por lo que, las actuales o mal percibidas diferencias son exageradas (Corrigan et al. 2003).

#### **2.2.5 Estrategias de afrontamiento frente al estigma de la enfermedad mental**

Goffman (1963) indica que dada la omnipresencia de las actitudes negativas hacia la enfermedad mental, las personas tienen mucho cuidado al momento de tomar la decisión al

revelar una condición desacreditada como una enfermedad mental. Estas personas pueden seleccionar entre una variedad de opciones para ocultar o revelar su enfermedad mental, entre ellas:

**-Secreto.-** La persona estigmatizada atraviesa tres fases: conocer el punto de vista descalificador de los normales, aprender a afrontar la forma en que los demás tratan a las personas que tienen una condición estigmatizante y aprender a encubrirse (Goffman, 1963).

Cuando una diferencia es imperceptible y conocida por la persona que la posee, esta confía en el secreto como una manera de resguardar su integridad frente a los otros. Por lo que, la persona oculta su enfermedad mental de los demás, para lo que utiliza estrategias ingeniosas que disimulen o minimicen su condición (Goffman, 1963).

**-División del mundo en dos partes.-** Es una estrategia utilizada por la persona con una enfermedad mental, la primera división corresponde al grupo grande que es el grupo al que no le cuenta nada y la segunda división es el grupo pequeño en el que confía y le cuenta acerca de su condición. La persona utiliza una máscara para aquellos que le representan un peligro (Goffman, 1963).

**-Evitación Social.-** Las personas que tienen una enfermedad mental toman distancia física por lo que limitan cualquier experiencia continua con el otro o se aíslan de sus contactos habituales (Goffman, 1963).

**-Develación Indiscriminada.-** La persona se descubre voluntariamente y transforma su condición de persona descreditable a persona desacreditada lo que implica en este caso revelar sobre su condición mental a la mayoría de la gente (Goffman, 1963).

**-Educación.-** Significa influir para el cambio en el trato de las personas con enfermedad mental en el nivel personal, de la comunidad o del gobierno (Goffman, 1963).

## 2.2.6 Tipos de Estigma de la Enfermedad mental

Muñoz et al., (2009) explican que se distinguen dos estigmas:

**-Estigma público.-** Son las ideas estigmatizadoras de la sociedad acerca de las personas que tienen una enfermedad mental (Muñoz et al., 2009). 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 presentan una enfermedad mental. Estos estereotipos generan prejuicios que indican un acuerdo con dicha creencia negativa que provocan reacciones de emociones negativas como ira y miedo. Y, decanta en discriminación que es un comportamiento que responde al prejuicio y se traduce en restricción de trabajo, oportunidades de vivienda y ayuda (Rüsch et. al, 2005).

**-Autoestigma.-** Es cuando una persona asume el estereotipo de la enfermedad mental e internaliza dicho estereotipo lo que aboca en emociones y apreciaciones negativas respecto a su valía y competencia personal, independencia y contacto interpersonal que convergen en la marginalización debido al trastorno psiquiátrico. Además, constituye un impedimento en la búsqueda de ayuda profesional y tratamiento (Muñoz et al., 2009).

Dentro del autoestigma coexisten otros estigmas como:

**-Estigma percibido o anticipado.-** Es cuando una persona se anticipa al rechazo incluso cuando no se ha producido y corresponde a las creencias sobre la devaluación o discriminación que experimentará una persona que tiene un trastorno mental (Muñoz et al., 2009).

**-Estigma experimentado.-** Son las experiencias de rechazo o discriminación vividas por las personas que tienen una enfermedad mental debido a actitudes estigmatizadoras de la sociedad (Muñoz et al., 2009).

**-Estigma por asociación.-** Es un fenómeno que afecta a los entornos próximos de las personas que tienen la enfermedad mental, por lo que afecta a sus familias, amigos e incluso profesionales que trabajan con estas personas (Muñoz et al., 2009). Es como si la relación que tienen con la persona estigmatizada las hace compartir el descrédito (Goffman, 1963).

La propensión del estigma a expandirse desde el individuo estigmatizado hacia sus relaciones más cercanas explica el motivo por el que las mencionadas relaciones tienden a evitarse o si existen no perduran (Goffman, 1963).

**-Estigma familiar.-** Los estereotipos de la enfermedad mental son asimilados por las personas con una enfermedad mental y sus familias antes de la aparición de la enfermedad y se despliegan cuando emergen los primeros síntomas (Muñoz et al., 2009).

La mayoría de las veces, las familias se sienten culpables de la enfermedad de sus seres queridos, por lo que predomina la vergüenza, negación de la enfermedad, ocultamiento del diagnóstico y aislamiento con el objetivo de que su círculo social no conozca que en el núcleo familiar existe una patología mental. Consecuentemente, la familia pospone la búsqueda de tratamiento y apoyo social para su familiar (Muñoz et al., 2009).

### **2.2.7 Consecuencias del Estigma de la Enfermedad Mental**

Rüsch et. al, (2005) mencionan cuatro consecuencias negativas principales del estigma de la enfermedad mental. La primera es la discriminación en la vida cotidiana que se despliega en el contacto interpersonal y los medios de comunicación que difunden imágenes y estereotipos negativos acerca de la enfermedad mental.

La segunda es la discriminación estructural que la ejercen instituciones públicas y privadas que circunscriben las oportunidades de las personas que tienen una enfermedad mental. Esto significa menor asignación de recursos financieros a salud mental en comparación con la salud física (Rüsch et. al, 2005).

Las dos consecuencias negativas restantes del estigma se refieren a la manera en que una persona portadora de una enfermedad mental reacciona a la experiencia de ser estigmatizada en la sociedad que estriba en el miedo al estigma como una razón para evitar el tratamiento por el temor a ser portador de una etiqueta. Y, autoestigma cuando las personas que están fuertemente influenciadas por las representaciones colectivas negativas acerca de la enfermedad mental (Rüsch et. al, 2005).

Sin embargo, para muchas personas con enfermedad mental la conciencia de los estereotipos por sí solos no conducen al autoestigma. Pues estas personas manejan su enfermedad de manera adecuada y laboran a pesar de las dificultades para encontrar trabajo y tener una vida normal debido a la discriminación de empleadores y entorno circundante (Rüsch et. al, 2005).

## **2.3 AUTOESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

### **2.3.1 Generalidades del Autoestigma de la Enfermedad Mental**

Holmes & River (1998) manifiestan que el autoestigma surge cuando las actitudes acerca de la enfermedad mental severa se hacen personalmente prominentes a una persona después de la aparición de su propia enfermedad.

Los estereotipos negativos de peligrosidad e incompetencia son asociados con la enfermedad mental consecuentemente afecta a las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico (Corrigan & Deepa, 2012). Cuando estas personas internalizan estos estereotipos negativos se despliegan reacciones emocionales negativas que abocan en autodiscriminación que se traduce en aislamiento. Dicho aislamiento produce consecuencias nocivas como disminución en el uso de servicio de salud y mala calidad de vida (Corrigan & Deepa, 2012).

El estigma también puede tener un impacto significativo en la visión de un individuo de sí mismo. Por lo tanto, emerge el autoestigma que produce una pérdida de autoestima, una disminución de la autoeficacia y una mayor reticencia a la participación en las interacciones sociales. La disminución de autoestima ocurre cuando una persona acepta las opiniones negativas de la sociedad sobre la enfermedad mental severa (Holmes & River, 1998).

Las interacciones diarias con otros refuerzan los pensamientos estigmatizantes que las personas con enfermedad mental severa a menudo tienen sobre sí mismas (Holmes & River, 1998).

Las personas que interiorizan el estigma de la enfermedad mental agravan el curso de su enfermedad debido al daño de la experiencia internalizada (Link et al., 1989). Ayudar adecuadamente a las personas a sobrellevar su enfermedad implica abordar el prejuicio social y el autoestigma de la enfermedad mental (Holmes & River, 1998).

### **2.3.2 Modelo de etapas del Autoestigma de la Enfermedad Mental**

Corrigan & Deepa (2012) señalan que el proceso de internalizar el estigma público de la enfermedad mental sucede a través de etapas, cada etapa está fuertemente influenciada por la anterior. Se explican a continuación:

**-Conciencia.-** Una persona portadora de un diagnóstico psiquiátrico es consciente o reconoce los estereotipos negativos de la sociedad concernientes a la enfermedad mental (Corrigan & Deepa, 2012).

**-Acuerdo.-** La persona puede estar de acuerdo y creer que estos estereotipos son verdaderos (Corrigan & Deepa, 2012).

**-Aplicación.-** Consecutivamente, la persona internaliza estos estereotipos y los aplica a sí misma (Corrigan & Deepa, 2012).

**-Daño.-** Se produce una disminución significativa en el autoestima y autoeficacia en la persona (Corrigan & Deepa, 2012).

Ante esto la persona asume la identidad de la enfermedad como dominante y afronta el aislamiento sin un tratamiento apropiado por miedo a que la identifiquen como un paciente psiquiátrico. Esto redundaría en otros ámbitos de su vida como educación, empleo, vivienda, entre otras (Corrigan & Deepa, 2012).

### **2.3.3 La paradoja del Autoestigma y la Enfermedad Mental**

Corrigan & Watson (2002) proponen un modelo situacional que explica la paradoja concerniente al autoestigma de la enfermedad mental que se traduce en 2 tipos de respuestas: una pérdida significativa de autoestima para algunas personas, mientras que

otras están motivadas por los prejuicios por lo que expresan ira justificada frente al etiquetado o ignoran los efectos del prejuicio público.

**-Pérdida de Autoestima.-** Cuando las personas que poseen una enfermedad mental perciben que la respuesta negativa debida a su condición estigmatizante es legítima tienden a manifestar baja autoestima y autoeficacia (Corrigan & Watson, 2002).

**-Ira justificada.-** Se presenta cuando las personas portadoras de un diagnóstico psiquiátrico no aceptan las reacciones negativas de la sociedad referente a su diagnóstico como legítimas. Esta actitud mantendrá su autoestima intacta (Corrigan & Watson, 2002).

Las personas con autoestima intacta reaccionan de dos formas. Por un lado, aquellos que se identifican estrechamente con el grupo estigmatizado y muestran ira justificada. Lo que promueve empoderamiento y participación activa en la defensa de sus derechos (Corrigan & Watson, 2002).

Y por otro lado, existen personas que no se identifican con el grupo estigmatizado y demuestran indiferencia al autoestigma de la enfermedad mental (Corrigan & Watson, 2002).

### **2.3.4 Generalidades del Estigma de la Enfermedad Mental en Adolescentes**

Los estereotipos referentes a la enfermedad mental se aprenden en la infancia y se consolidan por medio del contacto interpersonal a lo largo de la vida (Scheff, 1966). Los niños de seis años comprenden los términos relacionados con la enfermedad mental y están bien familiarizados con los estereotipos culturales a los 10 años o incluso antes si ellos mismos han formado parte de un grupo estigmatizado (Costello, Foley, & Angold, 2006).

Los adolescentes pueden ser principalmente vulnerables a las etiquetas estigmatizantes porque la adolescencia es un período de consolidación de la identidad que se caracteriza por una necesidad imperante de autonomía, sentido de competencia y aceptación social (Leavey, 2005).

Un problema de salud mental en los jóvenes altera su vida debido a la interferencia o retraso del desarrollo psicosocial. Además, perturba la transición de la adolescencia a la adultez joven (Leavey, 2005).

Un problema crucial que enfrentan los jóvenes con dificultades de salud mental es el estigma social asociado con la enfermedad mental. El comportamiento grupal y el funcionamiento social son elementos fundamentales en el proceso evolutivo de integración y madurez social (Leavey, 2005).

Si los jóvenes con problemas de salud mental no encuentran imágenes positivas que representen su situación, reciban una retroalimentación alentadora de sus grupos de pares; el construir o reconstruir un sano sentido de sí mismo puede convertirse en una tarea difícil de realizar (Leavey, 2005).

### **2.3.5 El Auto-etiquetado y sus efectos en adolescentes diagnosticados con enfermedad mental**

Moses (2009) señala que cada vez se aumenta el número de adolescentes que son diagnosticados con trastornos mentales, frente a lo cual se tiene poco conocimiento de la conceptualización de sus problemas o el impacto de las etiquetas de la enfermedad mental en su bienestar psicológico (autoestima, dominio personal, depresión y autoestigma).

Estas temáticas generan gran preocupación debido a la potencial vulnerabilidad de los adolescentes al estigma. También, el miedo a las etiquetas o la anticipación del estigma son barreras comunes para la utilización de los servicios de salud mental en este grupo etario (Moses, 2009).

Respecto a la conceptualización de los problemas por parte de los adolescentes portadores de diagnósticos psiquiátricos, estos jóvenes al igual que los adultos probablemente interpretan y responden a las etiquetas asignadas de manera múltiple y dinámica. El proceso de los jóvenes de aceptar el trastorno mental puede ser largo y cargado de ambigüedad que con el tiempo se enfoca en la intensificación de los síntomas y angustia (Leavey, 2005).

El problema de los jóvenes para identificarse con la etiqueta sucede porque no existe un correcto diagnóstico, una conexión con proveedores de salud mental y por las implicaciones indeseables de los diagnósticos para su sentido de normalidad, identidad e independencia (Wisdom & Green, 2004).

Las investigaciones correspondientes al impacto del etiquetado o auto-etiquetado en el bienestar psicológico de los jóvenes son escasas y los hallazgos son mixtos (Moses, 2009).

Moses (2009) efectuó un estudio de las asociaciones entre el autoetiquetado, estigma público, factores demográficos y clínicos de un grupo de adolescentes que pretendía identificar a los adolescentes que tenían más probabilidades de autoetiquetado.

Los hallazgos indicaron que sólo una minoría de adolescentes se autoetiquetaban. La mayoría conceptualizó sus problemas en términos no patológicos o demostró incertidumbre o confusión sobre la naturaleza de sus problemas. Los adolescentes que se auto-etiquetaron reportaron mayores calificaciones sobre el autoestigma y la depresión, y una tendencia hacia un menor sentido de dominio personal. No existió asociación con el autoestima (Moses, 2009).

Wisdom & Green (2004) realizaron una investigación que pretendía describir la forma en que los adolescentes le dan sentido a la depresión y cómo responden a un diagnóstico de depresión.

Los resultados encontrados fueron que algunos adolescentes diagnosticados con depresión experimentan su etiqueta como útil y una fuente de alivio. En cambio, otros adolescentes sostenían que tenía un efecto negativo en el sentido del sí mismo, visión de su futuro y contribuía a una identidad de la enfermedad que impide la recuperación (Wisdom & Green, 2004).

## 2.4 DEPRESIÓN

### 2.4.1 Concepto de Depresión

“Es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.155).

Esta investigación se focalizará en el trastorno depresivo mayor, por lo que se describirán sus criterios diagnósticos que son:

**A.** La presencia de cinco o más de los síntomas siguientes durante el período de dos semanas y constituyen un cambio del funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas es: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés/placer. No incluir síntomas que correspondan a enfermedades médicas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

**1.** Estado anímico deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, de acuerdo a la información del paciente (se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación de las personas que le rodean (se percibe que ha llorado). El estado anímico en los niños y adolescentes puede ser irritable (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

**2.** Disminución significativa del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días tanto de la información del paciente o de la gente que observa al paciente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

**3.** Pérdida importante de peso sin dieta o aumento de peso (5% del peso corporal en un mes). Por el contrario, disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños considerar la dificultad para lograr el aumento de peso esperado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

**4.** Presencia de insomnio o hipersomnia casi todos los días (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (reportado por las personas o por el paciente quien describe inquietud o enlentecimiento) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).
  6. Pérdida de energía o fatiga casi todos los días (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).
  8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, tomar decisiones, casi todos los días (reportado por las personas o por el paciente) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para consumarlo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).
- B.** Los síntomas producen malestar clínicamente importante o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).
- C.** El episodio depresivo no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

#### **2.4.2 Depresión en los Adolescentes**

Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, K. (2012) señalan que la depresión unipolar o trastorno depresivo mayor es un problema de salud mental común en los adolescentes en todo el mundo. La depresión está asociada a una morbilidad considerable presente y futura, y aumenta el riesgo del suicidio.

Tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Estadístico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) definen de manera similar al trastorno depresivo mayor. La única diferencia es que el DSM-IV señala como síntoma principal del

diagnóstico para los niños y adolescentes a la irritabilidad en vez del ánimo depresivo (Thapar et. al, 2012).

La prevalencia de la depresión en los niños es baja, menos del 1% en la mayoría de los estudios (Kessler, Avenevoli & Ries, 2001) sin diferencias sexuales, luego aumenta sustancialmente a lo largo de la adolescencia (Green, Meltzer, Ford, & Goodman, 2005).

Muchos factores podrían explicar el aumento registrado post-puberal en la prevalencia porque la adolescencia es un período de desarrollo caracterizado por cambios biológicos y sociales pronunciados (Patton & Viner, 2007).

#### **2.4.3 Desencadenantes y Riesgos de la Depresión en adolescentes**

Los desencadenantes más comunes son la pubertad, el cerebro y la maduración cognitiva. Estos abarcan el aumento de la comprensión social, la autoconciencia, cambios en los circuitos cerebrales involucrados en las respuestas a la recompensa y el peligro, y el aumento de los niveles de estrés, especialmente en las mujeres (Blakemore, 2008).

Los factores hereditarios parecen contribuir a la depresión en los adolescentes de dos maneras, no sólo aumentan directamente el riesgo a padecerla, sino también indirectamente a través de la interacción gen-ambiente lo que incrementa la sensibilidad a la adversidad, exposición a ambientes riesgosos y susceptibilidad a los efectos a los factores estresantes (Thapar et. al, 2012).

La incidencia se presenta especialmente en las mujeres, se eleva vertiginosamente después de la pubertad (Thapar et. al, 2012). Uno de los hallazgos epidemiológicos más sólidos es una fuerte preponderancia femenina, aproximadamente 2:1 en la prevalencia de la depresión en adolescentes después de la pubertad (Shibley, Mezulis, & Abramson, 2008). Al final de la adolescencia, la tasa de prevalencia de un año sobrepasa el 4% (Thapar et. al, 2012).

Los factores de riesgo potentes en la depresión en adolescentes son una historia de depresión familiar y exposición al estrés psicosocial. Sin embargo, los riesgos hereditarios, factores de desarrollo, hormonas sexuales y adversidad psicosocial interactúan para

aumentar el riesgo a través de factores hormonales y vías neuronales perturbadas asociadas (Thapar et. al, 2012).

La depresión en los adolescentes es un factor de riesgo importante del suicidio y la segunda causa de muerte en este grupo etario. Más de la mitad de los suicidios adolescentes tenían un trastorno depresivo al momento de morir. Conlleva a graves dificultades sociales y educativas, mayor consumo de tabaco, abuso de sustancias estupefacientes y obesidad (Thapar et. al, 2012).

#### **2.4.4 Las manifestaciones de la depresión en los adolescentes**

La depresión pasa más a menudo desapercibida en los adolescentes que en los adultos por la prominencia de la irritabilidad, reactividad del estado anímico y la fluctuación de síntomas en los adolescentes. También, debido a la presencia de síntomas físicos inexplicables, trastornos alimenticios, ansiedad, negativa para asistir a la escuela, disminución en el rendimiento académico, abuso de sustancias o problemas conductuales (Thapar et. al, 2012).

Los episodios depresivos en los adolescentes remiten dentro de un año, sin embargo, la depresión emerge después de 5 años. El riesgo es considerablemente mayor en el género femenino y en los adolescentes que tienen múltiples eventos de vida negativos como relaciones familiares negativas, acoso escolar y maltrato (Thapar et. al, 2012).

Entonces, la depresión en la adolescencia representa un trastorno crónico o recurrente y pronostica una amplia gama de dificultades psicosociales y la mala salud. Además, predice una serie de trastornos mentales en la vida adulta (Thapar et. al, 2012).

Es importante distinguir a la depresión subsindromal que se presenta cuando los adolescentes tienen altos niveles de síntomas que no cumplen con el umbral diagnóstico de trastorno depresivo. Esta depresión predice un deterioro concurrente y riesgo futuro (Thapar et. al, 2012).

Las posibles señales de advertencia de depresión incluyen una disminución en el rendimiento académico o participación en actividades de ocio, cambios en las relaciones entre compañeros y familiares, y evitación social (Thapar et. al, 2012).

#### **2.4.5 Las Percepciones de los Adolescentes de sus pares con Depresión**

Para entender la percepción de los adolescentes de sus pares con depresión es fundamental sustentarse en la psicología social para comprender las respuestas de los primeros hacia los segundos (Dolphin & Hennessy, 2014).

Las atribuciones causales del comportamiento de un individuo desembocan en emociones, que a su vez determinan un comportamiento específico hacia ese individuo como la aceptación o exclusión social. Conjuntamente, el control personal es la inferencia de que la causalidad de un comportamiento está bajo el control de la persona que lo ejecutó (Dolphin & Hennessy, 2014).

Además, la ira y compasión influyen en el comportamiento hacia los demás. La ira es mayor cuando las causas son controlables por la persona, y la compasión es mayor cuando la causa del comportamiento se percibe como incontrolable por parte de la persona (Dolphin & Hennessy, 2014).

La exclusión social está vinculada a la discriminación que se constituye un aspecto clave del proceso de estigmatización (Link & Phelan, 2001). Respecto a las personas estigmatizadas, la gente busca la causalidad y también juzga la responsabilidad personal (Dolphin & Hennessy, 2014).

En la adolescencia, la exclusión social del grupo de iguales o compañeros se vislumbra en la exclusión de actividades, ser ignorados o no recibir atención de sus pares lo que genera angustia (Dolphin & Hennessy, 2014).

Dolphin & Hennessy (2014) efectuaron una investigación que examinaba la percepción de los adolescentes de un hipotético par con depresión (dividieron a la muestra de acuerdo al género de la viñeta, por lo que configuraron 2 modelos, modelo A: masculino y modelo B: femenino) para probar un modelo atribucional referente a que el estigma hacia las personas

con trastornos mentales está influenciado por las atribuciones sobre las causas de sus trastornos y las inferencias de responsabilidad personal.

Los resultados comunes encontrados en los modelos A (masculino) y B (femenino) fueron que las atribuciones de control personal sobre la causa del comportamiento deprimido predijeron positivamente las inferencias de responsabilidad (Dolphin & Hennessy, 2014).

En el modelo A: masculino se encontró que las inferencias de responsabilidad predijeron positivamente las emociones negativas de la ira y predijeron negativamente las emociones positivas de simpatía. Las emociones positivas predijeron la aceptación social. Los varones atribuyeron más control personal sobre la causa de la depresión que las mujeres dentro de este modelo (Dolphin & Hennessy, 2014).

A pesar de que la viñeta masculina desencadenó respuestas de responsabilidad que predijeron ira e irritación, no se encontró una relación entre éstas emociones y exclusión de pares (Dolphin & Hennessy, 2014).

En el modelo B: femenino se evidenció que la responsabilidad predijo negativamente las emociones de simpatía. No se observó una relación significativa entre la responsabilidad y la ira. El enojo no predijo significativamente la aceptación de los pares, pero las emociones positivas predijeron positivamente la aceptación de los pares. Las mujeres mostraron mayor aceptación de un personaje femenino de la viñeta que los hombres (Dolphin & Hennessy, 2014).

La aceptación de los pares tanto hombres y mujeres con depresión se predice cuando la causa de la depresión se percibe como incontrolable o que no está bajo el control personal, por lo que la responsabilidad no se atribuye, se siente simpatía y esto tiene un efecto positivo en la aceptación del adolescente (Dolphin & Hennessy, 2014).

#### **2.4.6 La Disposición de los Adolescentes a los Servicios de Salud Mental**

En los Estados Unidos, más de la mitad de los adolescentes que presentan un problema de salud mental no reciben atención especializada. Esto se debe a las actitudes negativas hacia

los servicios de salud mental, falta de reconocimiento del problema e inaccesibilidad a los mencionados servicios (Chandra & Minkovitz, 2006).

Entender las diferencias de género en las actitudes hacia los servicios de salud mental es fundamental para mejorar el acceso de los jóvenes a una atención especializada pertinente. Esta fue la directriz que Chandra & Minkovitz (2006) que guió su investigación con un grupo de adolescentes de octavo grado, exploraron las diferencias de género y el papel del estigma en la disposición de los adolescentes a utilizar los servicios de salud mental.

Los hallazgos principales fueron que un gran porcentaje de los adolescentes investigados recurrían donde un amigo, en vez de a un padre o un terapeuta por ayuda cuando un problema emocional los aquejaba (Chandra & Minkovitz, 2006).

Las mujeres acudían a un amigo y a otra persona fuera del círculo familiar cuando presentaban una preocupación emocional. En cambio, los varones no recurrían donde ninguna persona o buscaban ayuda por sí mismos (Chandra & Minkovitz, 2006).

Respecto a las principales barreras para acceder a servicios de salud mental reportadas fueron mucha vergüenza de la opinión de sus pares, resistencia a hablar de este tipo de problemas con alguna persona y falta de confianza en el terapeuta. Muy pocos estudiantes refirieron que no existían razones que dificultaban el acceso a los servicios de salud mental. No se presentaron diferencias de género (Chandra & Minkovitz, 2006).

Concerniente al estigma asociado con la búsqueda de servicios de salud mental, más de un tercio de los adolescentes tenían niveles moderado/alto de estigma asociado con el uso del servicio de salud mental. Los varones reportaron un alto nivel de estigma en comparación con las mujeres (Chandra & Minkovitz, 2006).

Los hombres más que las mujeres estaban de acuerdo con la declaración de que acudir donde un terapeuta por problemas emocionales hace que la gente piense que tú eres raro o diferente. Y, estaban en desacuerdo con la declaración de que una persona es fuerte si asiste donde un terapeuta por un problema emocional (Chandra & Minkovitz, 2006).

Las mujeres tenían mayor experiencia y conocimiento en salud mental que los hombres. En cambio, los varones más que las mujeres indicaron de forma incorrecta que las

declaraciones de que la enfermedad mental y el retardo mental son la misma cosa; y que los adolescentes no tienen problemas con su salud mental (Chandra & Minkovitz, 2006).

A los adolescentes se les presentó una situación hipotética acerca de un amigo a quien debían darle un consejo, la mayoría señaló que ellos le aconsejarían la forma de resolver sus problemas, y otros le dirían que hable con un profesor o terapeuta (Chandra & Minkovitz, 2006).

Los hombres más que las mujeres manifestaron que ellos le diría a este amigo que los problemas pasan, que ellos deberían resolverlos por sí mismos. Por otro lado, los hombres sostenían que los problemas que presentaba esta persona no estaban relacionados con problemas de salud mental. Las mujeres más que los hombres reportaron que le darían un consejo a ese amigo (Chandra & Minkovitz, 2006).

Correspondiente a la disposición de usar los servicios de salud mental, las chicas mostraban dos veces más probabilidad que los chicos de reportar su disposición a usar los servicios de salud mental (Chandra & Minkovitz, 2006).

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

Las actitudes estigmatizantes hacia las personas con enfermedades mentales son comunes en los adolescentes 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. Pueden ocasionar 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).

Reavley & Jorm (2011) emprendieron un estudio para identificar los predictores del estigma de la depresión en un grupo de estudiantes de colegio de Australia. Estos estudiantes contestaron un cuestionario sociodemográfico que incluía género, edad, escuela,

curso y lenguaje hablado en el hogar, con opciones para inglés, otro idioma e inglés y otro idioma. También, reconocieron depresión en una viñeta de una joven, contestaron preguntas para evaluar el estigma personal y percibido de la depresión.

Asimismo, se les proveyó de una lista de 14 opciones de personas o servicios de búsqueda de ayuda para ellos en el caso de que se sintieran como la joven de la viñeta. También, a estos jóvenes, se les preguntó si en el último mes recibieron información acerca de problemas de salud mental por parte de sus profesores. Finalmente, se midieron las fortalezas y dificultades conductuales, emocionales y de relación por medio del cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) (Reavley & Jorm, 2011).

Efectuaron un análisis de 4 componentes principales de los elementos de estigma por rotación varimax. El primer componente “estigma percibido”, se predijo un mayor estigma percibido hablando inglés y otro idioma en el hogar, mientras que los niveles límite de problemas prosociales predijeron reducir el estigma percibido (Reavley & Jorm, 2011).

El segundo componente “débil no enfermo” obtuvo las mayores puntuaciones y fueron predichas por el género masculino, menor edad, falta de reconocimiento de depresión, hablando otro idioma o hablando inglés y otro idioma en casa, con problemas de conducta límite, hiperactividad-inatención anormales, con niveles anormales de problemas prosociales y niveles normales de síntomas emocionales (Reavley & Jorm, 2011).

El tercer componente “peligrosos-impredecibles” reportó los puntajes más altos en el género masculino, hablando inglés y otro idioma en el hogar, reconociendo la depresión en la viñeta y teniendo niveles anormales de hiperactividad-desatención en el SDQ (Reavley & Jorm, 2011).

El cuarto componente “renuencia a revelar” se asoció por tener mayor edad, niveles anormales de problemas de conducta, niveles fronterizos y anormales de problemas entre pares y niveles límites y anormales de problemas prosociales (Reavley & Jorm, 2011).

Por lo tanto, la psicopatología del cuestionario SDQ estaba vinculada a una renuencia a revelar (con excepción de la hiperactividad-desatención). Los problemas externalizantes (hiperactividad-falta de atención y problemas de conducta) estaban relacionados en gran

medida a la creencia en la debilidad en lugar de la enfermedad y los problemas de internalización (problemas emocionales y problemas entre pares) estaban vinculados a la creencia en la enfermedad (Reavley & Jorm, 2011).

Concerniente a la información de los problemas de salud mental, la iniciativa de la depresión nacional australiana influye en el conocimiento de la depresión pero no en la distancia social (Reavley & Jorm, 2011).

#### **2.4.8 Medición de la depresión, el estigma hacia la depresión y el tratamiento de salud mental entre adolescentes en una comunidad árabe-americana**

Jaber et al. (2015) realizaron un estudio para examinar la prevalencia de la depresión, las actitudes hacia la depresión y el tratamiento de la salud mental en adolescentes árabe-americanos en Dearborn, Michigan, Estados Unidos. Para lo cual trabajaron con muestra de 98 adolescentes, 56 hombres y 42 mujeres con un rango etario de 12 a 17 años. Los adolescentes pertenecían a dos organizaciones comunitarias locales.

Entre los instrumentos utilizados, la depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión de la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), y la actitud hacia la depresión y la voluntad de buscar ayuda para las condiciones de salud mental fueron evaluadas por la Escala de Autoestigma de la Depresión (SSDS). El 2% de los adolescentes de este estudio informaron que previamente se les diagnosticó depresión (Jaber et al. 2015).

Antes de la administración de la SSDS, la encuesta en línea aleatorizó automáticamente a los adolescentes para ver uno de los dos videos: un video de concienciación sobre salud mental (n = 46) frente a un video control que se trataba de la obesidad infantil (n = 42). Se realizó esto para evaluar si ver un video educativo sobre el estigma de la salud mental disminuiría las puntuaciones del estigma hacia la depresión y la búsqueda de ayuda para la salud mental en adolescentes (Jaber et al. 2015).

Entre los resultados obtenidos en la Escala de Depresión de la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), el 14% de los adolescentes árabes presentaron una depresión moderada o moderadamente severa (PHQ-9  $\geq$  11) (Jaber et al. 2015).

Referente a la búsqueda previa de ayuda para la salud mental, el 13% de los adolescentes informaron que anteriormente hablaron con un profesional de la salud sobre un problema de salud mental. De los que no lo hicieron o no estaban seguros, el 35% de ellos dijeron que nunca considerarían hablar con un profesional de la salud sobre una enfermedad mental (Jaber et al. 2015).

En cuanto al puntaje de estigma del SSDS se obtuvo 54,3 (DS=13,4), no hubo diferencias entre los adolescentes asignados al azar al video de concienciación de salud mental (56,2, DS=14,6) y los asignados al azar al video de control (52,0, DS=12,9;  $p=0,16$ ). De este modo, un corto video de concientización sobre salud mental no estaba asociado con menores puntuaciones de estigma ni opiniones más positivas sobre la búsqueda de ayuda psicológica (Jaber et al. 2015).

Los autores concluyeron que las puntuaciones de estigma no variaban significativamente según el género, la generación de inmigrantes o la depresión basándose en la puntuación de corte de PHQ-9. Existió una correlación débil pero estadísticamente significativa entre la puntuación de PHQ-9 y la puntuación de SSDS. Lo que sugiere que las puntuaciones de PHQ-9 sólo explicaron aproximadamente el 5% de la varianza de las puntuaciones de SSDS (Jaber et al. 2015).

#### **2.4.9 La Escala del Autoestigma de la Depresión: Traducción y Validación de la versión árabe.**

Darraj, Mahfouz, Al Sanosi, Badedi & Sabai (2017) validaron la versión en árabe de la Escala del Autoestigma de la depresión (SSDS) en adolescentes. Para lo cual emplearon un diseño de estudio transversal en una muestra de 120 estudiantes adolescentes de cuatro escuelas mixtas, 60 hombres y 60 mujeres de Jazan, Arabia Saudita. Cuyas edades oscilaban de 12 a 19 años de edad. Las cuatro escuelas se seleccionaron aleatoriamente, de este modo, resultaron dos escuelas intermedias y dos escuelas secundarias.

La traducción final de la escala del autoestigma de la depresión fue en árabe clásico para que se pueda utilizar en otros países árabes con diferentes dialectos (Darraj et al. 2017).

El proceso de validación comprendió 3 fases. En la primera fase, se efectuó la validación aparente, a los adolescentes participantes seleccionados (n= 30) se les solicitó que revisaran la versión árabe del SSDS. Después de leer el instrumento, se les preguntó a los adolescentes si entendían completamente el instrumento. No se presentaron dificultades para los participantes con el instrumento traducido (Darraj et al. 2017).

En la segunda fase, se realizaron las validaciones de construcción y pruebas de confiabilidad. La versión en árabe de la escala del SSDS se administró a los adolescentes participantes (n=120). El tiempo promedio para completar el instrumento fue de 15 minutos. Al final de esta fase, ningún adolescente indicó reparo alguno de la versión árabe del SSDS (Darraj et al. 2017).

La tercera fase correspondía a la fiabilidad test-retest, se ejecutó después de un intervalo de 2 semanas. En esta fase, se contó con la participación de 65 adolescentes de la segunda fase, esto se debió a exámenes de mitad de período escolar. A estos 65 adolescentes se les proporcionó la misma versión árabe del SSDS, para así probar si los participantes daban la misma respuesta que en la fase previa (Darraj et al. 2017).

A pesar de la deserción de los participantes, la muestra de 65 estudiantes fue estadísticamente apropiada para test-retest ya que se calculó que el tamaño mínimo de muestra era superior a 40 participantes (Darraj et al. 2017).

El puntaje promedio para el autoestigma de la depresión entre los participantes fue de 68,9 (DS=8,76). En base a este puntaje, los participantes se dividieron en dos grupos, los participantes que obtuvieron puntajes por debajo del puntaje promedio correspondían al 41,7% y los participantes que obtuvieron puntajes por encima del puntaje correspondían al 58,3% (Darraj et al. 2017).

Los resultados de la prueba de confiabilidad, prueba de legibilidad y análisis factorial proporcionaron un respaldo sólido para la validez y confiabilidad de la versión árabe de la escala del autoestigma de la depresión en adolescentes (Darraj et al. 2017).

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Objetivos**

##### **3.1.1 Objetivo General**

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

##### **3.1.2 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.

### **3.2 Hipótesis**

- 1.- Los hombres presentarán mayor autoestigma de la depresión que las mujeres.
- 2.- Los adolescentes con historia personal de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión.
- 3.- Los adolescentes con historia parental de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión.
- 4.- A mayor sintomatología depresiva, mayor autoestigma de la depresión.
- 5.- A mayor sintomatología ansiosa, mayor autoestigma de la depresión.
- 6.- A menor calidad de vida, mayor autoestigma de la depresión.
- 8.- Las variables de edad, sexo y calidad de vida determinarán un modelo predictivo de autoestigma de la depresión en los adolescentes investigados.

### **3.3 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 porque se realizó en un tiempo determinado. 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) 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.

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.

Ante la existencia de sintomatología relevante se consideraron las respectivas acciones con el departamento de asistencia estudiantil de cada uno de los colegios participantes a fin de cautelar el bienestar psicológico de los adolescentes.

### **3.4 Participantes**

**Población:** 600 estudiantes de octavo a tercero medio de tres colegios particulares subvencionados de Santiago, Chile.

**Muestra:** 192 estudiantes de octavo básico a tercero medio. Con un rango de edad de 13 a 17 años.

**Criterios de Inclusión:** Autorización de los colegios participantes. Consentimiento informado de los padres y asentimiento informado de los adolescentes.

**Criterios de Exclusión:** Baja comprensión lectora de idioma español.

**Muestreo no probabilístico:** Se invitó a participar a todos los adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y no tengan criterios de exclusión.

### **3.5 Instrumentos**

**-Cuestionario sociodemográfico.-** Se incluyeron las siguientes variables: nombre (al que se le asignó un código en la base de datos para mantener la confidencialidad del

participante), colegio, curso, sexo, edad, país de nacimiento, comuna en la que viven, ¿Con qué personas vives 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?. La variable sexo se estudió como variable de asociación y las otras variables sirvieron para describir la muestra. Ver Anexo 5.1.

**-Cuestionario de historia personal y parental de depresión.-** Constó 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?. Ver Anexo 5.2.

**-Escala de Autoestigma de la Depresión -The Self-Stigma Depression Scale (SSDS) (Barney, LJ, Griffiths, KM, Christensen, H. & Jorm, A, 2010).-** Mide el autoestigma de la depresión y está conformada de 16 ítems (Ver Anexo 5.3) que corresponden a cuatro sub-escalas: vergüenza, auto-culpa, inadecuación social e inhibición de búsqueda de ayuda. Estos ítems se calculan estableciendo una puntuación de 1 a 5 a las alternativas de respuesta de muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), de acuerdo (4) y muy de acuerdo (5). El ítem número 9 se califica a la inversa, es decir, muy de acuerdo (1), de acuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (4) y muy en desacuerdo (5).

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 consigna para contestar esta escala es “Tómame un minuto para imaginar que tienes depresión. Piensa cómo te podrías sentir acerca de ti mismo, a continuación indica qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada frase”.

Esta escala ya ha sido utilizada en Chile en una muestra de 168 adolescentes, mostrando buenas propiedades psicométricas en los análisis preliminares (Martínez et al., 2017 manuscrito en preparación).

**-Cuestionario de Sintomatología Depresiva- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Johnson, Harris, Spitzer & Williams, 2002).**- Evalúa síntomas depresivos correspondientes a los criterios DSM-IV, además de evaluar ideas o conductas suicidas. Está conformado por 9 preguntas (Ver Anexo 5.4) que se calculan asignando una puntuación de 0 a 3 a los niveles de respuestas de nunca (0), algunos días (1), más de la mitad de los días (2) y casi todos los días (3).

Los puntajes van de 0 a 27 con puntos de corte de 5, 10, 15 y 20 que clasifican los niveles de sintomatología de depresión en leve, moderado, moderadamente grave y grave, respectivamente. El cuestionario está en proceso de validación en Chile en versión de adolescentes (Borghero, Martínez, Zitko, Vöhringer, Cavada, Hoffmann & Rojas, 2017 manuscrito enviado). Los datos preliminares muestran buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de 0,78 y una validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck de 0,74,  $p < 0,000$ .

**-Cuestionario de Sintomatología Ansiosa -Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) (Johnson, Harris, Spitzer & Williams, 2002).**- Evalúa el nivel de sintomatología ansiosa de acuerdo a los criterios del DSM-IV y consta de 7 preguntas (Ver Anexo 5.5), cada una de las cuales tiene una puntuación de 0 a 3 a las categorías de respuesta de nunca (0), algunos días (1), más de la mitad de los días (2) y casi todos los días (3). 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. Este cuestionario ya ha sido utilizado en Chile, mostrando buenas propiedades psicométricas en los análisis preliminares (Martínez et al., 2017 manuscrito en preparación). Se estudiará la sintomatología ansiosa para percibir su nivel de correlación con la sintomatología depresiva en una población general de adolescentes escolarizados.

**-Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes (KIDSCREEN-10) (Sepúlveda et al., 2013).**- La calidad de vida relacionada con la salud se define como la salud física y mental percibida por la persona o el grupo circundante en el tiempo. Es un cuestionario de calidad de vida referente a la salud durante la última semana, consta de 10 ítems (Ver Anexo 5.6) con opciones de respuesta en escala de Likert con cinco niveles de respuesta: nada, un poco, moderadamente, mucho y muchísimo. La designación de puntajes se realiza mediante el análisis de Rasch (utilizando el programa WINSTEPS) en donde las puntuaciones son transformadas a valores T. Mayores puntuaciones indican mejor calidad de vida (Sepúlveda et al., 2013).

Se ha verificado su fiabilidad y validez, tiene una consistencia interna de 0,76. Deriva del cuestionario KIDSCREEN-52 que ha sido validado para Chile (Sepúlveda et al., 2013) y se ha utilizado en estudios en Chile (Hidalgo-Rasmussen et al., 2015). Ver Anexo 5.6.

### **3.6 Procedimiento**

Se estableció el contacto inicial y coordinación con los colegios para solicitar su participación y respectiva autorización (ver Anexo 1) . Consecutivamente, se entregaron los consentimientos informados a los padres (ver Anexo 2) y asentimientos informados a los adolescentes (ver Anexo 3), verificando que no presenten criterios de exclusión de acuerdo a los antecedentes aportados por los colegios respecto al bajo dominio del idioma español en los estudiantes.

Se presentó el presente proyecto al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina. Una vez aprobado el proyecto (ver Anexo 4). Conjuntamente, se procedió a la administración de los cuestionarios de manera electrónica en grupos de 15 estudiantes en la sala de computación de los colegios. Dos integrantes del equipo de investigación acompañamos este proceso de manera de contestar preguntas que pudieran surgir de la evaluación. Además, estuvieron presentes la coordinadora del departamento de asistencia estudiantil del colegio y la maestra de computación. La administración de los

cuestionarios se realizó en el horario de clases, el tiempo promedio para contestar los cuestionarios fue de 30 minutos.

Todo lo anteriormente mencionado estaba definido en el diseño de la investigación pues se investigó en un contexto escolar con adolescentes que tenían las variables de interés de este estudio para así determinar la relación que existía entre ellas y el autoestigma de la depresión.

### **3.7 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 (Proyectos FONDECYT N° 1161696 y MIDAP), 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. Esta prueba permitió determinar los promedios tanto de hombres y mujeres en las Subescalas y Escala Total de Autoestigma de la Depresión. Y, emitió el nivel de significancia de las mismas.

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 reportó diferencias estadísticamente significativas de variables predictoras de Autoestigma de la Depresión en adolescentes escolarizados.

### **3.8 Consideraciones éticas**

Como se mencionó esta tesis se encuentra asociada al proyecto de FONDECYT Regular 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 al 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”. El proyecto de tesis de esta investigación y los proyectos anteriormente mencionados están aprobados el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Esta investigación contempla la autorización por escrito de la dirección de cada colegio participante, consentimiento informado de los padres o tutores y el asentimiento informado de los adolescentes participantes.

La aplicación de los cuestionarios se realizó en forma grupal en el establecimiento escolar y acompañada por al menos dos integrantes del equipo de investigación (profesionales de salud mental) quienes estábamos atentos a las consultas e inquietudes que puedan presentar los estudiantes e informarán a la investigadora responsable del proyecto FONDECYT de situaciones inesperadas. No se presentaron riesgos producto de la aplicación de los cuestionarios.

En cada colegio participante un integrante del equipo de investigación mantuvo un estrecho contacto con los psicólogos y orientadores respectivos. Éstos estaban invitados a comunicar cualquier eventualidad relacionada al estudio.

Los casos de los estudiantes que en los cuestionarios presentaron sintomatología depresiva o ansiosa grave y/o alto riesgo suicida fueron comunicados a los psicólogos y orientadores

correspondientes 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 sobreintervención. En los casos de los adolescentes que no se encontraban en tratamiento, se realizó una evaluación presencial por un 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 del GES de depresión si corresponde.

Los adolescentes con niveles moderados de sintomatología ansiosa y depresiva son parte del estudio de investigación principal participando de un programa escalonado basado en Internet para la la prevención e intervención temprana de la depresión.

## 4. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

### 4.1 Descripción de la muestra

Un total de 192 adolescentes escolarizados, 93 varones y 99 mujeres participaron en la investigación. El rango etario fue de 13 a 17 años de edad ( $M=14,64$ ,  $DS=0,904$ ). Una explicación detallada de la edad de los participantes se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 1.- Edad de los Estudiantes**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>13</b>	13	6,8%
<b>14</b>	80	41,7%
<b>15</b>	68	35,4%
<b>16</b>	25	13,0%
<b>17</b>	6	3,1%

Respecto al curso de los participantes, se indica en la tabla que sigue:

**Tabla 2.- Curso de los participantes**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Octavo Básico</b>	28	14,6%
<b>Primero Medio</b>	110	57,3%
<b>Segundo Medio</b>	53	27,6%
<b>Tercero Medio</b>	1	0,5%

El 100% reportó la nacionalidad chilena, el 57,3% pertenecía a la comuna de Puente Alto, el 37 % procedía de la comuna de Maipú y el 2,1% a la comuna de Pudahuel. Y, el 3,6 % restante provenían de las comunas de Santiago, Estación Central, San Joaquín y Cerrillos.

El 68,2% de los participantes reportó que vivía con ambos progenitores, el 29,2% vivía con un solo progenitor y el 2,6% con ninguno de los progenitores.

El 94,7 % de los adolescentes reportaron que viven con 2 hasta 6 personas incluyéndose.

Respecto al nivel de educación de la madre, se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 3.- Nivel de Educación de la Madre**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Básica Incompleta</b>	9	4,7%
<b>Básica Completa</b>	12	6,3%
<b>Media Incompleta</b>	11	5,7%
<b>Media Completa</b>	42	21,9%
<b>Superior Técnica Incompleta</b>	8	4,2%
<b>Superior Técnica Completa</b>	46	24%
<b>Universitaria Incompleta</b>	5	2,6%
<b>Universitaria Completa</b>	23	12%
<b>Postgrado</b>	5	2,6%
<b>No sé</b>	31	16,1%

**Tabla 4.- Nivel de Educación del Padre**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Básica Incompleta</b>	7	3,6%
<b>Básica Completa</b>	16	8,3%
<b>Media Incompleta</b>	12	6,3%
<b>Media Completa</b>	32	16,7%
<b>Superior Técnica Incompleta</b>	6	3,1%
<b>Superior Técnica Completa</b>	32	16,7%
<b>Universitaria Incompleta</b>	7	3,6%
<b>Universitaria Completa</b>	45	23,4%
<b>Postgrado</b>	4	2,1%
<b>No sé</b>	31	16,1%

El 64,6% de los estudiantes señaló que no tenían depresión actualmente, el 32,3% mencionó que no sabían si tenían depresión y el 3,1% señaló que sí tiene depresión.

El 61,5% manifestó no tener una historia personal de depresión, el 28,1% que no sabía si había tenido depresión y el 10,4% manifestó haber tenido depresión.

Respecto al tratamiento de depresión, el 85,9% de los participantes expresó que no había recibido tratamiento por depresión, y el 14,1% afirmó que sí lo había recibido.

El 43,2% de los adolescentes indicó que su madre no había tenido o tenía depresión, el 37% refirió que no sabían si su madre había tenido o tenía depresión y el 19,8% afirmó que su madre había tenido o tenía depresión.

El 50% de los estudiantes reportó que su padre no había tenido o tenía depresión, mientras el 42,2% indicó que no sabía si su padre ha tenido o tenía depresión y el 7,8% afirmó que su padre había tenido o tenía depresión.

Los participantes alcanzaron en sintomatología depresiva (PHQ-9) el promedio de 8,51 (DS=5,357), el rango fue de 24, con mínimo es 0 y un máximo es 24.

El 69,3% reportó un nivel de sintomatología depresiva leve, el 15,1% un nivel de sintomatología depresiva moderada, el 11,5% un nivel de sintomatología depresiva moderadamente grave. Y, el 4,2% un nivel de sintomatología depresiva grave.

Concerniente al sexo de los estudiantes en sintomatología depresiva, los hombres obtuvieron un promedio de 7,20 y las mujeres reportaron un promedio de 9,73.

En sintomatología ansiosa (GAD-7), el promedio fue de 6,21 (DS= 4,279), el rango fue de 18 con un mínimo es 0 y un máximo es 18. Según los niveles de sintomatología ansiosa, el 42,2% no reportó sintomatología ansiosa, el 34,9% un nivel de sintomatología ansiosa leve, el 17,7% un nivel de sintomatología ansiosa moderada. Y, el 5,2% un nivel de sintomatología ansiosa grave.

De acuerdo al sexo de los estudiantes en sintomatología ansiosa, los hombres obtuvieron un promedio de 5,26 y las mujeres reportaron un promedio de 7,10.

En cuanto a Calidad de Vida relacionada con la salud (KIDSCREEN-10), el promedio obtenido fue de 45,07 (DS=8,529), el rango fue de 45, con un mínimo es 28 y un máximo de 72.

Respecto al sexo de los estudiantes en Calidad de Vida, los hombres obtuvieron un promedio de 47,36 y las mujeres reportaron un promedio de 42,91.

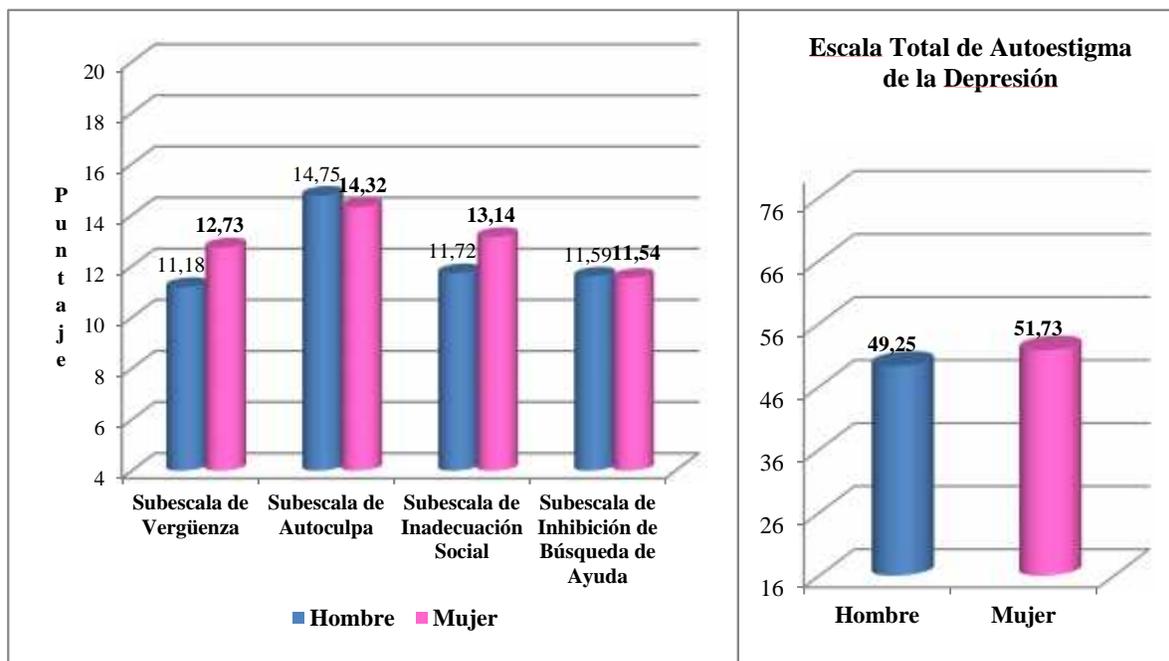
En la Escala Total del Autoestigma de la Depresión (SSDS), el promedio fue de 50,53 (DS=11,581), el rango fue de 55, con mínimo es 23 y un máximo es 78.

## 4.2 Resultados

### 4.2.1 Hipótesis 1: “Los hombres presentarán mayor autoestigma de la depresión que las mujeres”.

A continuación, se muestra el Gráfico 1 que indica los promedios de las subescalas y escala total del Autoestigma de la Depresión de los participantes diferenciados por sexo.

Gráfico 1: Autoestigma de la Depresión entre hombres y mujeres



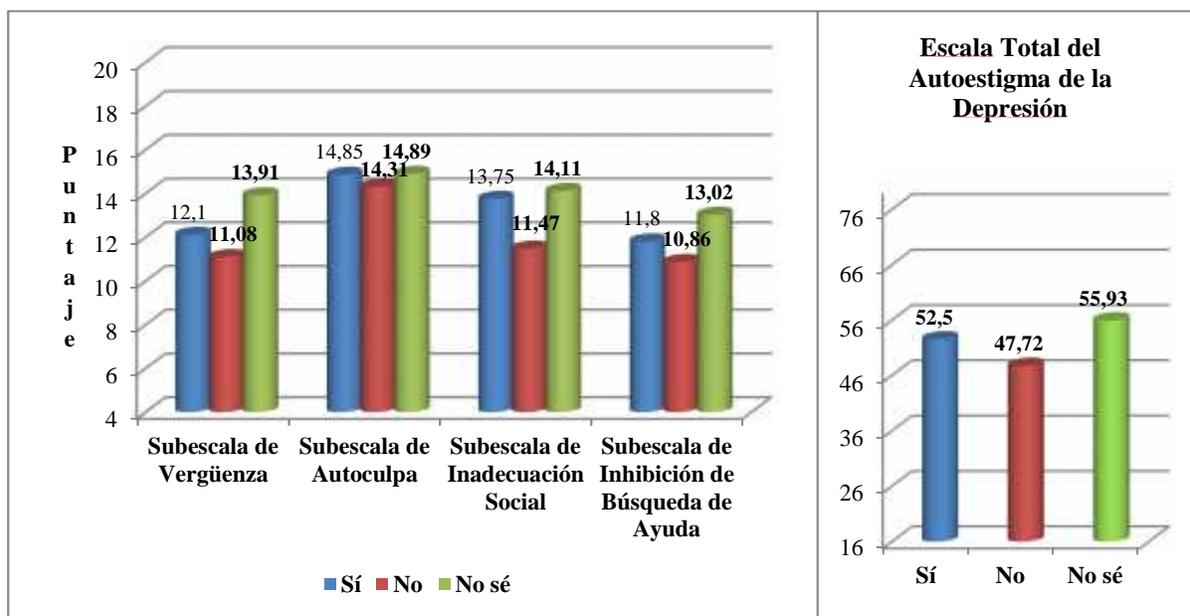
A nivel de la escala total del autoestigma de la depresión no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y mujeres ( $t(190) = -1,488, p = ,139$ ). Sin embargo, se presentan diferencias estadísticas significativas en las subescalas de vergüenza ( $t(190) = -2,396, p = ,018$ ) e inadecuación social ( $t(190) = -2,591, p = ,010$ ). En ambas subescalas las mujeres presentan niveles promedio mayores que los hombres.

De este modo, los resultados no apoyan la hipótesis propuesta en la investigación de que los hombres presentarán mayor autoestigma de la depresión.

#### 4.2.2 Hipótesis 2: “Los adolescentes con historia personal de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión”.

Seguidamente se expone el Gráfico 2 que presenta los promedios de las subescalas y escala total del Autoestigma de la Depresión según el reporte de los participantes respecto de la historia personal de depresión.

Gráfico 2: Historia Personal de Depresión



Se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la escala total del autoestigma de la depresión según las categorías de respuesta concernientes a historia personal de depresión  $F(2,189)=10,589, p < ,001$ . No obstante, los participantes que reportan haber tenido depresión no presentan diferencias estadísticas significativas en la escala total del autoestigma de la depresión con los adolescentes que manifestaron no haber tenido depresión ( $p = ,176$ ). Además, los estudiantes que no sabían si habían tenido depresión manifiestan un mayor nivel de autoestigma de la depresión que aquellos que no han tenido depresión. Y, presentan una diferencia estadística significativa ( $p < ,001$ ).

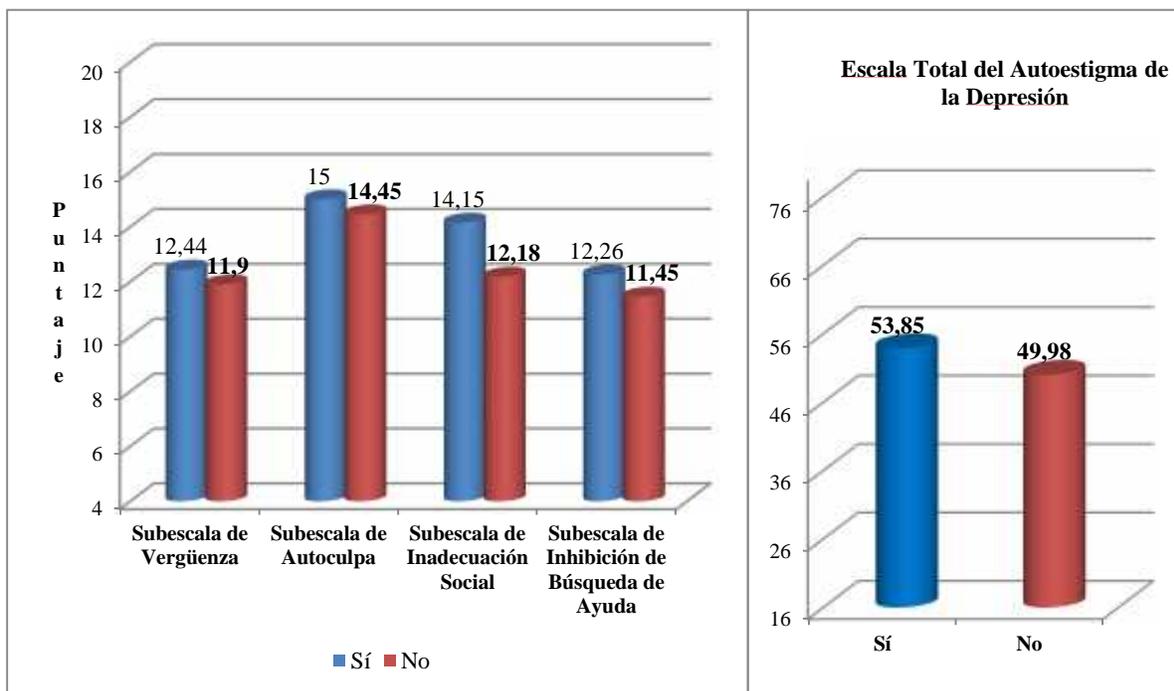
Por lo tanto, estos hallazgos no apoyan la hipótesis de que los adolescentes con una historia personal de depresión tienen menor autoestigma de la depresión.

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de autculpa  $F(2,189)=1,110, p = ,332$ .

Se evidencian diferencias estadísticas significativas en la subescala de vergüenza  $F(2,189)=7,797 p = ,001$ , inadecuación social  $F(2,189)=10,967, p < ,001$ , e inhibición de búsqueda de ayuda  $F(2,189)=5,544 p = ,005$ .

En seguida se muestra el Gráfico 3 que corresponde a los promedios de las subescalas y escala total del Autoestigma de la Depresión conforme al reporte de los participantes respecto al tratamiento por depresión.

Gráfico 3: Tratamiento por Depresión



No se presentaron diferencias estadísticas significativas en la escala total del autoestigma de la depresión referente al tratamiento por depresión en los participantes ( $t(190) = 1,616$ ,  $p = ,108$ ). De igual forma, no se presentan diferencias estadísticamente significativas en la subescala de vergüenza ( $t(190) = ,576$ ,  $p = ,565$ ); subescala de autoculpa ( $t(190) = 1,026$ ,  $p = ,306$ ) y la subescala de inhibición de búsqueda de ayuda ( $t(190) = ,962$ ,  $p = ,337$ ).

Sin embargo, en la subescala de inadecuación social se presenta una diferencia significativa ( $t(190) = 2,499$ ,  $p = ,013$ ).

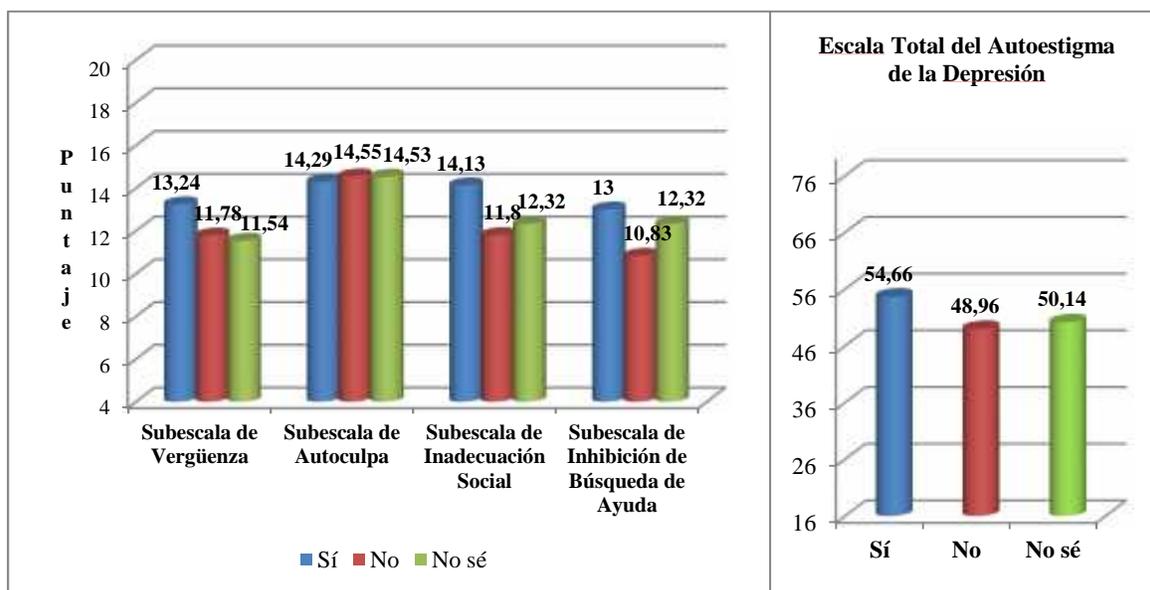
La variable tratamiento por depresión está incluida dentro de la hipótesis “los adolescentes con historia personal de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión”. Se analizó para indagar si determina menor autoestigma de la depresión, pero como se evidencia estos resultados tampoco sostienen la hipótesis propuesta.

### 4.2.3 Hipótesis 3: “Los adolescentes con historia parental de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión”.

#### 4.2.3.1 Historia de depresión materna

A continuación se presenta el Gráfico 4 que explica los promedios de las subescalas y escala total del autoestigma de la depresión de acuerdo al reporte de los adolescentes referente a la historia materna de depresión.

Gráfico 4: Historia de depresión materna



Se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la escala del autoestigma de la depresión según las categorías de historia de depresión materna  $F(2,189) = 3,290$ ,  $p = ,039$ . Los estudiantes que reportan que sus madres han tenido o tienen depresión presentan mayor autoestigma de la depresión que aquellos que mencionaron que sus mamás no han tenido depresión y representan una diferencia estadística significativa ( $p = ,032$ ).

Los estudiantes que no sabían si sus madres habían presentado depresión no manifiestan diferencias significativas con los adolescentes cuyas madres no han tenido depresión

concerniente a la escala total del autoestigma de la depresión. De igual forma, no presentan diferencias estadísticas significativas ( $p = ,800$ ).

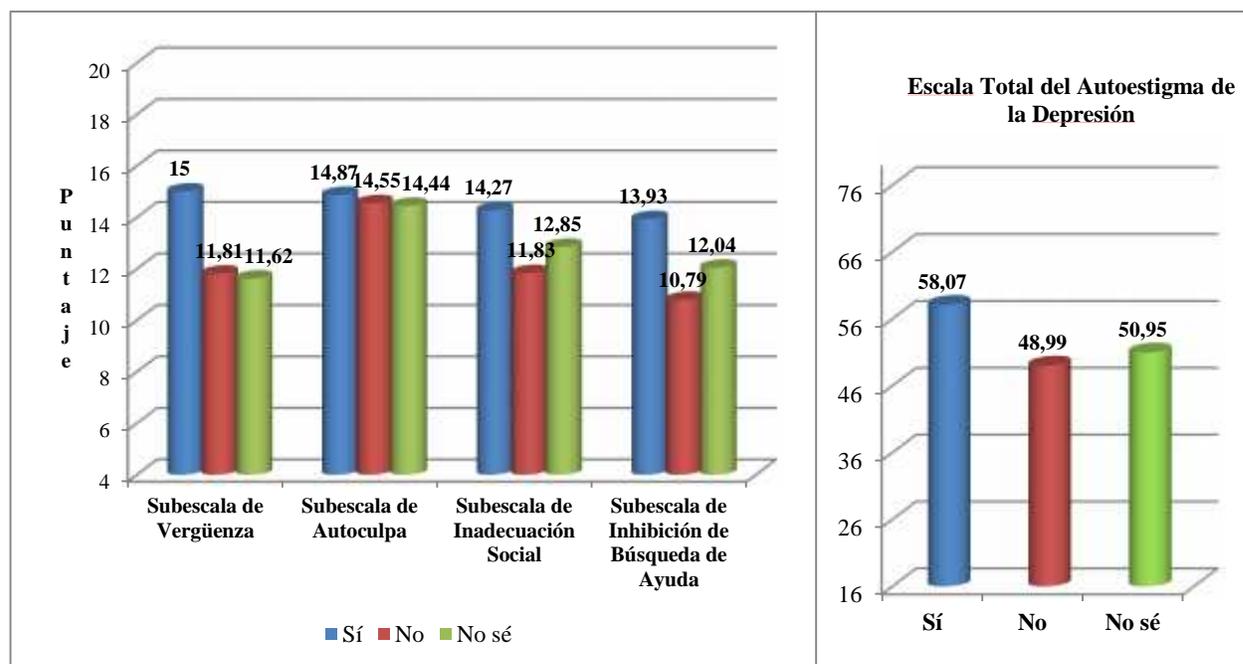
No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala del vergüenza  $F(2,189) = 1,911$ ,  $p = ,151$  y la subescala de autoculpa  $F(2,189) = ,228$ ,  $p = ,796$  según las categorías de respuesta de historia de depresión materna.

Existen diferencias estadísticas significativas en la subescala de inadecuación social  $F(2,189) = 5,058$ ,  $p = ,007$  e inhibición de búsqueda de ayuda  $F(2,189) = 3,854$ ,  $p = ,023$ .

#### 4.2.3.2 Historia de depresión paterna

Seguidamente se expone la Tabla 9 que contiene los promedios y desviación estándar de la escala total y subescalas del autoestigma de la depresión de acuerdo al reporte de los adolescentes referente a la historia paterna de depresión.

Gráfico 5: Historia de depresión paterna



Se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la escala del autoestigma de la depresión, según las categorías historia de depresión paterna  $F(2,189)=4,216, p = ,016$ . Los adolescentes que mencionan que sus padres han tenido depresión presentan mayor autoestigma de la depresión que los adolescentes que reportaron que sus papás no han tenido depresión y presentan una diferencia estadística significativa ( $p = ,013$ ). Por otro lado, los participantes que no sabían si sus padres habían tenido depresión y los adolescentes cuyos padres no han tenido depresión no presentan una diferencia estadística significativa ( $p = ,490$ ) respecto del nivel de autoestigma de la depresión.

Existen diferencias estadísticas significativas en la subescala de vergüenza  $F(2,189)=3,784, p = ,024$ , inadecuación social  $F(2,189)=3,419, p = ,035$ , e inhibición de búsqueda de ayuda  $F(2,189)=5,045, p = ,007$ .

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de autoculpa,  $F(2,189)=,177, p = ,838$  según las categorías de respuesta de historia de depresión paterna.

A la luz de los hallazgos tanto en la historia de depresión de la madre y del padre se infiere que la historia parental de depresión determina mayor autoestigma de la depresión. Por lo tanto, la tercera hipótesis que se refiere a que los adolescentes con historia parental de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión tampoco se sostiene.

#### **4.2.4 Hipótesis de Correlaciones**

Enseguida se muestra la tabla 5 que contiene las correlaciones entre Sintomatología Depresiva, Sintomatología Ansiosa y Calidad de vida con la Escala Total del Autoestigma de la depresión.

**Tabla 5: Correlaciones entre Sintomatología Depresiva, Sintomatología Ansiosa y Calidad de vida con la Escala Total del Autoestigma de la depresión**

	<b>Autoestigma de la Depresión</b>	<b>Sintomatología Ansiosa</b>	<b>Sintomatología Depresiva</b>
<b>Calidad de vida</b>	-,426**	-,647**	-,726**
<b>Autoestigma de la Depresión</b>		,366**	,363**

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Nota.-**Cuando el Sig. (bilateral) es ,000 se coloca ( $p < ,001$ ) lo que indica una diferencia estadística significativa.

#### **4.2.5 Hipótesis 4: “A mayor sintomatología depresiva, mayor autoestigma de la depresión”.**

La correlación entre sintomatología depresiva y autoestigma de la depresión es de  $r = ,363$  ( $p < ,001$ ); por lo que los resultados apoyan la hipótesis de que a mayor sintomatología depresiva, mayor autoestigma de la depresión.

#### **4.2.6 Hipótesis 5: “A mayor sintomatología ansiosa, mayor autoestigma de la depresión”.**

La correlación entre sintomatología ansiosa y autoestigma de la depresión es de  $r = ,366$  ( $p < ,001$ ); por lo que los resultados apoyan la hipótesis de que a mayor sintomatología ansiosa, mayor autoestigma de la depresión.

#### 4.2.7 Hipótesis 6: “A menor calidad de vida, mayor autoestigma de la depresión”.

La correlación entre calidad de vida y autoestigma de la depresión es de  $r = -,426$  ( $p < ,001$ ); por lo que los resultados apoyan la hipótesis de que a menor calidad de vida, mayor autoestigma de la depresión.

#### 4.2.8 Hipótesis 7: “Las variables de edad, sexo y calidad de vida determinarán un modelo predictivo de autoestigma de la depresión en los adolescentes investigados”

El modelo final obtenido da cuenta del 20% de la varianza de la escala total de autoestigma de la depresión  $F(5,186) = 10,816$ ,  $p < ,001$  es el siguiente:

**Tabla 6: Modelo Predictivo del Autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados**

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
<b>Historia personal Adolescente (d_2)</b> (1= No sé; 0=No)	4,032	1,880	,157	2,144	,033
<b>Historia personal padre (d_1)</b> (1= Si; 0=No)	6,299	2,927	,146	2,152	,033
<b>Calidad de Vida relacionada con la salud</b>	-,473	,099	-,348	-4,785	,000

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 predicen el nivel de autoestigma de la depresión. Los adolescentes que no saben si han tenido depresión se

asocian con mayor autoestigma que aquellos jóvenes que reportan no haber tenido depresión ( $\beta = 4,032, p = ,033$ ).

Los estudiantes cuyos padres han tenido o tienen depresión presentan mayor autoestigma de la depresión que aquellos adolescentes cuyos padres no han tenido depresión ( $\beta = 6,299, p = ,033$ ). Y, a menor calidad de vida mayor autoestigma de la depresión ( $\beta = -,348, p < ,001$ ).

Respecto de la hipótesis planteada de 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.

## 5. DISCUSIÓN

Esta investigación determinó la asociación entre el autoestigma de la depresión y factores sociodemográficos, historia personal y parental de depresión, sintomatología depresiva y ansiosa, y calidad de vida en adolescentes escolarizados chilenos. Además, se cumplieron con todos los objetivos propuestos lo que permitió llegar a las siguientes conclusiones.

### 5.1 Conclusiones

-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 et. al (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.

### **5.1.1 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.

### **5.2 Relación de los resultados obtenidos con los estudios existentes**

Se encuentra una similitud de este trabajo investigativo con el estudio de Jaber et al. (2015) ya que las puntuaciones de autoestigma de la depresión no demostraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. Lo que devela temor en los adolescentes

frente a la etiqueta diagnóstica y las dificultades psicosociales relacionadas con la depresión.

El estudio de Darraj et al. (2017) obtuvo un media de autoestigma de la depresión en adolescentes de 68,9 que es mayor que la reportada en la presente investigación que corresponde a 50,53. Esto se explicaría de acuerdo a lo que mencionan Mascayano et al. (2016) de que los factores culturales moldean el estigma entre las diferentes poblaciones. Al parecer en Arabia Saudita existen mayores connotaciones negativas internalizadas en torno a la depresión en la población adolescente.

### **5.3 Incumplimiento de las hipótesis planteadas**

En los estudios de Callear et al. (2011) y Dolphin & Hennesy (2016) se aprecia que los hombres presentaron mayor autoestigma de la depresión que las mujeres. En base a este hallazgo se planteó la primera hipótesis de esta investigación que no se sostuvo por la inexistencia de la diferencia estadística significativa entre los varones y mujeres investigados. Así mismo, al configurar la segunda hipótesis y tercera hipótesis se tomó en cuenta el resultado de la investigación de Dolphin & Hennesy (2016) que encontraron que el contacto con la depresión predice menor autoestigma de la depresión en los adolescentes. Se planteó que los adolescentes con historia personal de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión y que los adolescentes con historia parental de depresión tendrán menos autoestigma de la depresión, pero dichas hipótesis tampoco se cumplieron.

De igual forma, la séptima hipótesis se conformó de acuerdo a los resultados de Callear et al. (2011) que mencionan que el sexo, edad, falta de autocontrol y consumo del alcohol estaban asociadas a mayor autoestigma de la depresión. Por lo que se propuso el modelo predictivo con estas variables pero tampoco se sostuvo dicha hipótesis, sólo calidad de vida fue una variable predictora del autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados.

Se cree que las razones por las cuales no se respaldaron estas hipótesis se debió porque el autoestigma de la depresión en Callear et al. (2011) fue evaluado por la Escala del Estigma de la Depresión (DSS) que mide el estigma personal de la depresión y estigma percibido de

la depresión. Y, en Dolphin & Hennesy (2016) se determinó el autoestigma de la depresión por inferencias de las respuestas de los adolescentes dadas a una viñeta. También, los factores contextuales fueron determinantes en los resultados de las investigaciones, por lo que la extrapolación de estos hallazgos a la presente investigación no fue correcta, pero se obtuvieron valiosos aportes respecto al autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados.

#### **5.4 Importancia del Estudio**

Esta investigación constituye un aporte valioso para el ámbito de la psicología clínica infanto-juvenil, pues se abordó una problemática de relevancia hasta ahora ausente en la investigación nacional. Por lo que, se obtuvo un nuevo conocimiento de un fenómeno de salud mental que afecta la búsqueda de asistencia especializada y tratamiento oportuno.

Además, es el primer estudio de los Factores asociados al Autoestigma de la Depresión en Adolescentes escolarizados y que propone un modelo predictivo en Latinoamérica. Lo que amplía el conocimiento existente y disponible para la literatura del autoestigma de la depresión en adolescentes.

También, aporta una evidencia empírica sobre la asociación entre autoestigma de la depresión y calidad de vida que por el momento está inexistente en la literatura del autoestigma de la depresión en el adolescente.

A nivel clínico, se determina 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 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.

Asimismo, resalta la necesidad de seguimiento en los adolescentes con antecedentes de depresión pues de acuerdo a los resultados de este estudio, la historia personal de depresión deviene en vergüenza, inadecuación social e inhibición de búsqueda de ayuda.

También, plantea la necesidad de abordar el Autoestigma de la depresión en el tratamiento de depresión en adolescentes, pues estas actitudes estigmatizantes propician la recurrencia y

recrudescimiento de la depresión, entorpecen la búsqueda de tratamiento, apoyo social y familiar.

### **5.5 Limitaciones**

La Escala del Autoestigma de la Depresión es un cuestionario de autorreporte 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.

Otra limitación es el tamaño pequeño de la muestra y el que es una muestra por conveniencia, por lo que no se puede generalizar los resultados de esta investigación por la falta de la representatividad de la muestra investigada.

Además, se esperaba trabajar con 300 adolescentes escolarizados, pero algunos de los apoderados y representantes no pudieron ser contactados para conseguir el consentimiento informado para la participación de sus hijos.

### **5.6 Proyecciones a futuro**

Los resultados de esta investigación favorecerán el diseño de estrategias preventivas e interventivas apropiadas para contrarrestar las consecuencias del autoestigma de la depresión en adolescentes. Así como también, el desarrollo de campañas anti-estigma de la depresión en adolescentes.

Conjuntamente, esta investigación podría ser considerada para una revisión sistemática a nivel mundial del Autoestigma de la Depresión en los adolescentes, de modo que se estudien las particularidades del fenómeno del autoestigma de la depresión entre los países y se lleguen a inferencias significativas que sustenten proyectos o políticas públicas en salud mental adolescente.

Esta investigación cuantitativa puede ser la directriz de las investigaciones cualitativas en las que se pretenda comprender de manera exhaustiva el autoestigma de la depresión en

adolescentes como por ejemplo los estereotipos de la depresión en los adolescentes escolarizados.

Podría ser una motivación para la investigación para efectuar un estudio de la conceptualización de la depresión por parte de los adolescentes cuyos padres hayan tenido depresión, pues de acuerdo a los resultados reportados en esta investigación, este grupo reportó mayor autoestigma de la depresión.

Así como también, se podría investigar el autoestigma de la depresión de los adolescentes escolarizados en zonas rurales. De igual forma, investigar el estigma experimentado por los adolescentes, estigma parental, estigma familiar o el estigma en el personal del colegio respecto a la depresión.

### **5.7 Recomendaciones**

-Se recomienda que se trabaje con una mayor cantidad de adolescentes para que los resultados arrojen un conocimiento más amplio del constructo del autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados.

-Se recomienda que se tome en cuenta la edad de los participantes para el análisis de datos para futuras investigaciones de modo que aprecie las diferencias significativas entre el cuestionario sociodemográfico, cuestionario de historia personal y parental de depresión e instrumentos de sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, calidad de vida y 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.
- Arboleda, J. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 645-650.
- 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.
- Berk, B. (2015). Labeling Theory, History of. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 150-155.
- Blakemore, S. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience*, 267-277.
- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, Y., Vöhringer, P., Cavada, G., Hoffman, E., & Rojas, G. (2017). *Validez diagnóstica de la aplicación del cuestionario Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A) en adolescentes con sospecha de depresión* (Manuscrito enviado). Santiago, Chile.
- Callear, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 129, 104-108.
- Chandra, A., & Minkovitz, C. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 754.e1–754.e8.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 614-625.
- Corrigan, P., & Deepa, R. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 464-469.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychological: Science and Practice*, 35-53

- Corrigan, P., Watson, A., & Otatti, V. (2003). From whence come mental illness stigma. *International Journal of Social Psychiatry*, 142-157.
- Costello, J., Foley, D., & Angold, A. (2006). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 8-25.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social Stigma. En S. Fiske, D. Gilbert, & L. Gardner, *Handbook of Social Psychology* (págs. 504-508). Boston: Mc Graw-Hill.
- Darraj, H., Mahfouz, M., Al Sanosi, Rashad., Badedi, M., & Sabai, A. (2017). The Self-Stigma of Depression Scale: Translation and Validation of the Arabic Version. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 96-100.
- Dolphin, L., & Hennesy, E. (2014). Adolescents' perceptions of peers with depression: an attributional analysis. *Psychiatry Research*, 295-302.
- Dolphin, L., & Hennesy, E. (2016). Depression Stigma Among Adolescents in Ireland. *Stigma and Health*, 3, 185-200.
- Durkheim, E. (1895). (5 de Diciembre de 2014). Obtenido de *classiques*. uqac.ca Obtenido de [http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim\\_emile/textes\\_2/textes\\_2\\_04/crime\\_sante\\_sociale.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/textes_2/textes_2_04/crime_sante_sociale.pdf)
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A Study in Sociology*. Paris: Felix Alcan.
- 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.
- 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.
- Green, H., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2005). *Mental health of children and young people in Great Britain*. United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- 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.
- Holmes, P., & River, P. (1998). Individual Strategies for Coping With the Stigma of Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 231-239.
- 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., Avenevoli, S., & Ries, M. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 1002-1014.
- 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., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Reviews*, 363-385.
- 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.

- Martínez, V. (2017). *Adaptación Transcultural y validación del Cuestionario de Sintomatología Ansiosa GAD-7 en adolescentes chilenos* (Manuscrito no publicado). Santiago, Chile.
- Martínez, V. (2016). *Traducción y Validación de la Escala de la Autoestigma de la Depresión en adolescentes chilenos* (Manuscrito no publicado). Santiago, Chile.
- 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.
- Moses, T. (2009). Self-labeling and its effects among adolescents diagnosed with mental disorders. *Social Science & Medicine*, 570-578.
- 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.
- Otatti, V., Bodenhausen, G., & Newman, L. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. En P. Corrigan, *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (págs. 99-128). Washington: American Psychological Association.
- Patton, G., & Viner, R. (27 de Marzo de 2007). *Pubertal transitions in health: Lancet*. Obtenido de [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Médica Panamericana.
- 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>
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 529-539.

- 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.
- Scheff, T. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine.
- Shibley, J., Mezulis, A., & Abramson, L. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 291-313.
- Sepúlveda, R., Molina, T., Molina, R., Martínez, V., González E., George, M., Montaña, R., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2013). Adaptación Transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 1281-1290.
- Strangor, C., & Crandall, C. (2000). Threat and the social construction of stigma. En T. Heartherton, R. Kleck, M. Hebl, & J. Hull, *The social psychology of stigma* (pág. 73). New York: Guilford Press.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D., & Thapar, A. K. (2 de Febrero de 2012). *Depression in Adolescent: The Lancet*. Obtenido de The Lancet: <http://www.thelancet.com>
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F. (2007). *Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles* (Proyecto FONDECYT 1070519). Santiago: Chile.
- Wisdom, J., & Green, C. (2004). “Being in a Funk”: Teens’ Efforts to understand their depressive experiences. *Qualitative Health Research*, 1227-1238.
- 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.

## ANEXOS

### ANEXO 1: MODELO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS COLEGIOS

#### CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL

**Nombre investigadora responsable del proyecto de investigación:** Dra. Vania Martínez Nahuel

**Nombre del Proyecto:** “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”.

Yo,.....,director(a) del establecimiento.....declaro:

Conocer el proyecto “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”, cuya investigadora responsable es la Dra. Vania Martínez Nahuel, académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y autorizo su ejecución en el establecimiento educacional.

Sin otro particular,

\_\_\_\_\_

**Firma del director (a)**

**Lugar y fecha**\_\_\_\_\_

## **ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES**

**“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”**

**Patrocinante:** Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)

**Nombre de la Investigadora principal:** Vania Martínez Nahuel

**R.U.T.** 8.710.495-8

**Institución:** CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Teléfonos:** 229786484 - 229786485

**Invitación a participar:** Esta es una invitación para participar en el proyecto de investigación MIDAP PSPS\_3 “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” que tiene el propósito de generar una intervención que promueva una mejor salud mental de los adolescentes. El objeto de esta carta es ayudarle a tomar la decisión para dar su consentimiento en forma voluntaria para que su hijo/a o pupilo/a participe en esta investigación.

**Objetivos:** Esta investigación tiene por objetivo evaluar la factibilidad y aceptabilidad de un programa que utiliza una plataforma web para prevenir e intervenir precozmente la depresión en adolescentes. El estudio incluirá a un número total de aproximadamente 400 adolescentes de Santiago, Chile, y Medellín, Colombia de 8° a 3° medio, pertenecientes a 4 establecimientos educacionales que han aceptado participar en el estudio.

**Procedimientos:** A los adolescentes que acepten participar en la investigación se les pedirá que contesten durante aproximadamente 30 minutos unos cuestionarios que contienen preguntas sobre su estado de ánimo, sus pensamientos, emociones y conductas relacionadas

y su calidad de vida. Todos los adolescentes que respondan esos cuestionarios participarán de un programa a través de una plataforma web. Se realizará un seguimiento con los cuestionarios iniciales a los 3 meses desde la aplicación inicial. Además en ese seguimiento se preguntará acerca de su opinión sobre el programa. En caso de pesquisar sintomatología de riesgo durante la evaluación inicial o el seguimiento, los adolescentes serán referidos a una evaluación presencial que incluirá la participación de sus padres o tutores y será realizada por un/a profesional de salud mental en su establecimiento educacional.

**Intervención:** La intervención consiste en la participación en una página web a la que se ingresa con una clave personal. Durante 12 semanas los adolescentes recibirán correos electrónicos de frecuencia semanal en que se les recordará que ingresen a la página para revisar material sobre qué es la depresión y herramientas para prevenirla. Cada 2 semanas durante esas 12 semanas se les pedirá además que completen unas preguntas sobre su estado de ánimo. De acuerdo a las respuestas a esas preguntas se darán recomendaciones personalizadas a cada adolescente. Esas recomendaciones pueden incluir la revisión de material educativo en la página web, la participación en foros en la página web que son supervisados por un/a profesional de salud mental del equipo de investigación, cita para un chat en la página web o entrevista telefónica con profesional de salud mental del equipo de investigación y referencia a atención presencial por profesional de salud mental. Se espera que participar en la intervención les tome aproximadamente 15 minutos semanales y 30 minutos extra en el caso de requerir atención en chat, en entrevista telefónica o presencial.

**Riesgos:** La participación en este estudio no conlleva riesgos que se anticipen.

**Costos:** La participación en este estudio requiere acceder a Internet. En el colegio se facilitará ese acceso en forma gratuita.

**Beneficios:** Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento en la prevención e intervención temprana de la depresión en adolescentes, la participación en este estudio traerá los siguientes beneficios: conocer más sobre la depresión y herramientas para prevenirla.

**Alternativas:** Quienes decidan no participar no tendrán ninguna consecuencia en el establecimiento educacional.

**Compensación:** Este estudio no contempla compensaciones económicas por participar de él.

**Confidencialidad:** Toda la información derivada de la participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

**Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales:** Los resultados de la investigación servirán de información para mejorar el programa y realizar otro estudio que evalúe su eficacia. Este programa es sin fines comerciales.

**Información adicional:** Los/as adolescentes participantes y sus padres o tutores serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

**Voluntariedad:** La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y permite el retiro en cualquier momento comunicándolo a la investigadora responsable, sin que ello signifique ningún perjuicio para el/la adolescente. De igual manera, la investigadora responsable podrá determinar el retiro de algún/a participante del estudio si considera que esa decisión va en su beneficio.

**Derechos del participante:** La madre/el padre o tutor/a recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si requiere cualquier otra información sobre la participación de su hijo/a o pupilo/a en este estudio puede comunicarse con:

Investigadora responsable: Vania Martínez Nahuel – 229786484 – 229786485

Directora de CEMERA: Adela Montero Vega - 229786484

### **Otros Derechos del participante**

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 229789536, Email: comiteceish@med.uchile.cl , cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

### **Conclusión:**

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para que mi hijo/a o pupilo/a \_\_\_\_\_ participe en el proyecto “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”

\_\_\_\_\_  
**Nombre de madre/padre o tutor/a      Firma      Fecha**

**Rut.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de informante      Firma      Fecha**

**Rut.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la investigadora      Firma      Fecha**

**ANEXO 3: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES**

**“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”**

**Patrocinante:** Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)

**Nombre de la Investigadora principal:** Vania Martínez Nahuel

**R.U.T.** 8.710.495-8

**Institución:** CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Teléfonos:** 229786484 - 229786485

**Invitación a participar:** Esta es una invitación para participar en el proyecto de investigación MIDAP PSPS\_3 “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” que tiene el propósito de generar una intervención que promueva una mejor salud mental de los adolescentes. El objeto de esta carta es ayudarte a tomar la decisión para dar tu asentimiento en forma voluntaria para participar en esta investigación.

**Objetivos:** Esta investigación tiene por objetivo evaluar la factibilidad y aceptabilidad de un programa que utiliza una plataforma web para prevenir e intervenir precozmente la depresión en adolescentes. El estudio incluirá a un número total de aproximadamente 400 adolescentes de Santiago, Chile, y Medellín, Colombia de 8° a 3° medio, pertenecientes a 4 establecimientos educacionales que han aceptado participar en el estudio.

**Procedimientos:** A los adolescentes que acepten participar en la investigación se les pedirá que contesten durante aproximadamente 30 minutos unos cuestionarios que contienen preguntas sobre su estado de ánimo, sus pensamientos, emociones y conductas relacionadas y su calidad de vida. Todos los adolescentes que respondan esos cuestionarios participarán de un programa a través de una plataforma web. Se realizará un seguimiento con los

cuestionarios iniciales a los 3 meses desde la aplicación inicial. Además en ese seguimiento se preguntará acerca de su opinión sobre el programa. En caso de pesquisar sintomatología de riesgo durante la evaluación inicial o el seguimiento, los adolescentes serán referidos a una evaluación presencial que incluirá la participación de sus padres o tutores y será realizada por un/a profesional de salud mental en su establecimiento educacional.

**Intervención:** La intervención consiste en la participación en una página web a la que se ingresa con una clave personal. Durante 12 semanas los adolescentes recibirán correos electrónicos de frecuencia semanal en que se les recordará que ingresen a la página para revisar material sobre qué es la depresión y herramientas para prevenirla. Cada 2 semanas durante esas 12 semanas se les pedirá además que completen unas preguntas sobre su estado de ánimo. De acuerdo a las respuestas a esas preguntas se darán recomendaciones personalizadas a cada adolescente. Esas recomendaciones pueden incluir la revisión de material educativo en la página web, la participación en foros en la página web que son supervisados por un/a profesional de salud mental del equipo de investigación, cita para un chat en la página web o entrevista telefónica con profesional de salud mental del equipo de investigación y referencia a atención presencial por profesional de salud mental. Se espera que participar en la intervención les tome aproximadamente 15 minutos semanales y 30 minutos extra en el caso de requerir atención en chat, en entrevista telefónica o presencial.

**Riesgos:** La participación en este estudio no conlleva riesgos que se anticipen.

**Costos:** La participación en este estudio requiere acceder a Internet. En el colegio se facilitará ese acceso en forma gratuita.

**Beneficios:** Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento en la prevención e intervención temprana de la depresión en adolescentes, la participación en este estudio traerá los siguientes beneficios: conocer más sobre la depresión y herramientas para prevenirla.

**Alternativas:** Quienes decidan no participar no tendrán ninguna consecuencia en el establecimiento educacional.

**Compensación:** Este estudio no contempla compensaciones económicas por participar de él.

**Confidencialidad:** Toda la información derivada de la participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

**Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales:** Los resultados de la investigación servirán de información para mejorar el programa y realizar otro estudio que evalúe su eficacia. Este programa es sin fines comerciales.

**Información adicional:** Los/as adolescentes participantes y sus padres o tutores serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

**Voluntariedad:** La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y permite el retiro en cualquier momento comunicándolo a la investigadora responsable, sin que ello signifique ningún perjuicio para el/la adolescente. De igual manera, la investigadora responsable podrá determinar el retiro de algún/a participante del estudio si considera que esa decisión va en su beneficio.

**Derechos del participante:** El participante recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadora responsable: Vania Martínez Nahuel – 229786484 – 229786485

Directora de CEMERA: Adela Montero Vega - 229786484

### **Otros Derechos del participante**

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 229789536, Email: comiteceish@med.uchile.cl , cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

### **Conclusión:**

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi asentimiento para participar en el proyecto “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”

_____	_____	_____
<b>Nombre del sujeto</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
<b>Rut.</b>		
_____	_____	_____
<b>Nombre de informante</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
<b>Rut.</b>		
_____	_____	_____
<b>Nombre de la investigadora</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>

**ANEXO 4: ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE  
INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE  
LA UNIVERSIDAD DE CHILE**



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES



10 OCT 2017

**ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO**

FECHA: 10 de Octubre de 2017.

**PROYECTO: "FACTORES ASOCIADOS AL AUTOESTIGMA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS".**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE: SRTA. MARIELA SUÁREZ BARBA**

**INSTITUCIÓN: CEMERA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.  
TUTOR DRA. VANIA MARTÍNEZ NAHUEL.**

Con fecha 10 de Octubre de 2017, el proyecto ha sido analizado 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.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión original de fecha 11 de Septiembre de 2017.

Se extiende este documento por el período de un año a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

**LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO**

- COLEGIO MONTE OLIVO: COMUNA PUENTE ALTO, COLEGIO PEDRO APÓSTOL: COMUNA DE PUENTE ALTO Y COLEGIO ALBERTO PÉREZ: COMUNA DE MAIPÚ.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES



10 OCT 2017

**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN  
EN SERES HUMANOS**

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún	Presidente	Si
Dr. Hugo Amigo	Miembro	Si
Dra. Lucía Cifuentes	Miembro	Si
Dra. Grisel Orellana	Miembro	Si
Sra. Gina Raineri	Miembro	Si
Dra. María Ángela Delucchi	Miembro	Si
Dr. Miguel O'Ryan	Miembro	Si
Sra. Claudia Marshall	Miembro	Si
Dra. Julieta Gonzalez	Miembro	Si

Santiago, 10 de Octubre de 2017.

  
**Sra. Gina Raineri B.**  
**Secretaria Ejecutiva CEISH**

C.C.: - Proyecto Nº 146-2017  
- Archivo Acta n° 96

Teléfono: 29799536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl

## ANEXO 5: INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

### Anexo 5.1: Cuestionario Sociodemográfico

Preguntas	Respuestas
¿Cuál es tu nombre?	
¿Cuál es el nombre de tu Colegio?	
¿En qué curso estás?	
¿Cuál es tu sexo?	
¿Cuántos años tienes?	
¿Cuál es tu país de nacimiento?	
¿En qué comuna vives?	
¿Con qué personas vives en tu hogar?	Vive con ambos progenitores
	Vive con un solo progenitor
	Ninguno de los progenitores
¿Cuántas personas viven en tu hogar incluyéndote a ti?	
¿Cuál es el nivel de educación de la madre?	Sin estudios
	Básica Incompleta
	Básica Completa
	Media Incompleta
	Media Completa
	Superior técnica incompleta
	Superior técnica completa
	Universitaria incompleta
	Universitaria completa
	Posgrado
	No sé
¿Cuál es el nivel de educación del padre?	Sin estudios
	Básica Incompleta
	Básica Completa
	Media Incompleta
	Media Completa
	Superior técnica incompleta
	Superior técnica completa
	Universitaria incompleta
	Universitaria completa
	Posgrado
	No sé

### Anexo 5.2: Cuestionario de Historia Personal y Parental de Depresión

Preguntas	Respuestas
<b>¿Tienes actualmente depresión?</b>	Sí
	No
	No sé
<b>¿Alguna vez en tu vida has tenido depresión?</b>	Sí
	No
	No sé
<b>¿Alguna vez has recibido tratamiento por depresión?</b>	Sí
	No
<b>¿Alguna vez tu mamá ha tenido o tiene depresión?</b>	Sí
	No
	No sé
<b>¿Alguna vez tu papá ha tenido o tiene depresión?</b>	Sí
	No
	No sé

### Anexo 5.3: Escala de Autoestigma de la Depresión en Adolescentes

Imagínate que tienes depresión. Piensa cómo te sentirías contigo mismo/a.

A continuación indica con una X qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada frase.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Me sentiría avergonzado/a frente a los demás.					
2	Sentiría vergüenza de mí mismo/a.					
3	Me sentiría decepcionado de mí mismo/a.					
4	Me sentiría inferior a otra gente.					
5	Creería que debería ser capaz de "salir adelante por mí mismo/a".					
6	Creería que debería ser capaz de afrontar solo/a los problemas.					
7	Creería que debería ser más fuerte.					
8	Pensaría que sólo yo tengo la culpa.					
9	Sentiría que soy buena compañía.					
10	Me sentiría como una carga para los demás.					
11	Me sentiría fuera de lugar estando con otras personas.					

		<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
<b>12</b>	Sentiría que no podría aportar mucho socialmente.					
<b>13</b>	No me gustaría que la gente supiera que no estaba enfrentando las cosas.					
<b>14</b>	Me vería a mí mismo/a como débil si tomara medicamentos antidepresivos.					
<b>15</b>	Me sentiría avergonzado/a de buscar ayuda profesional para la depresión.					
<b>16</b>	Me sentiría avergonzado/a si otros supieran que busqué ayuda profesional para la depresión.					

### Anexo 5.4: Cuestionario de Sintomatología Depresiva-PHQ-9

**Instrucciones:** ¿Con qué frecuencia te han incomodado alguno de los siguientes síntomas durante las últimas dos semanas? (Para cada síntoma marca con una “X” la respuesta que mejor describe cómo te has sentido)

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Te has sentido bajoneado/a, deprimido/a, irritable o desesperanzado/a?				
2. ¿Has tenido poco interés o placer al hacer las cosas?				
3. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido/a, permanecer dormido/a, o has estado durmiendo demasiado?				
4. ¿Te has sentido cansado/a o con poca energía?				
5. ¿Has tenido poco apetito, has bajado de peso, o has comido excesivamente?				
6. ¿Te has sentido mal respecto de ti mismo/a– o has sentido que tú eres un/a fracasado/a, o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo/a?				
7. ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades como trabajos escolares, leer, o ver televisión?				
8. ¿Te has movido o hablado tan lento que las otras personas podrían haberlo notado?  O al contrario - ¿has estado tan inquieto que estabas moviéndote de un lado para otro mucho más de lo usual?				
9. ¿Has pensado que sería mejor estar muerto/a o has pensado hacerte daño de alguna manera?				

### Anexo 5.5: Cuestionario de Sintomatología Ansiosa-GAD 7

¿Con qué frecuencia te han incomodado alguno de los siguientes síntomas durante las últimas **dos semanas**?

(Para cada síntoma marca la respuesta que mejor describe cómo te has sentido)

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Te has sentido muy nervioso/a, angustiado/a o con los nervios de punta?				
2. ¿No has podido dejar de preocuparte o controlar la preocupación?				
3. ¿Te has preocupado demasiado por diferentes cosas?				
4. ¿Has tenido dificultad para relajarte?				
5. ¿Has estado tan inquieto/a que te ha sido difícil permanecer sentado/a tranquilo/a?				
6. ¿Te has molestado o irritado fácilmente?				
7. ¿Has sentido miedo como si algo terrible pudiera pasar?				

**Anexo 5.6: Cuestionario de Calidad de vida relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes KIDSCREEN 10**

<b>Piensa en la última semana...</b>		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
<b>1.</b>	¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	<input type="radio"/>				
<b>2.</b>	¿Te has sentido lleno/a de energía?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				
<b>3.</b>	¿Te has sentido triste?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				
<b>4.</b>	¿Te has sentido solo/a?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				
<b>5.</b>	¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				
<b>6.</b>	¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				
<b>7.</b>	¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				
<b>8.</b>	¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				
<b>9.</b>	¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
		<input type="radio"/>				
<b>10.</b>	¿Has sido capaz de poner atención?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
		<input type="radio"/>				

**En general, ¿cómo dirías que es tu salud?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala