

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTOESTIGMA DE LA DEPRESIÓN EN USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

VALIDATION OF THE SELF-STIGMA QUESTIONNAIRE OF DEPRESSION IN PRIMARY HEALTH CARE USERS

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AUTOESTIGMA DA DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Gustavo Adolfo Domínguez-Araya¹  Email: gustavo.dominguez@utalca.cl

Carolina Inostroza-Rovegno²  Email: caroinostroza@udec.cl

Cristhian Pérez-Villalobos³  Email: cperezv@udec.cl

Daniel Ignacio-Pereira⁴  Email: danielpereira@udec.cl

Javier Opazo-Araya⁵  Email: javier.ignaciopazo@gmail.com

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2026) 32:2

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE32-2CAGJ10002>



Autor de correspondencia

Gustavo Adolfo Domínguez-Araya

Palabras clave

Estigma social; Autoestigma; Trastorno depresivo; Psicometría.

Key words

Social Stigmas; Self-stigma; Depressive disorders; Psychometrics.

Palavras-chave

Estigma social; Autoestigma; Transtorno depressivo; Psicometria.


Fecha de recepción

14/07/2025

Fecha de aceptación

20/10/2025

Editora

Dra. Sara Mendoza-Parra 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoestigma de la Depresión o *SSDS (Self-Stigma of Depression Scale)* en pacientes con tratamiento en Atención Primaria, entre abril de 2023 y septiembre de 2024. **Material y Método:** Estudio instrumental mediante una muestra no probabilística de 320 pacientes de 18-78 años, con diagnóstico de trastorno depresivo. Se propusieron cuatro dimensiones: vergüenza, culpa, desadaptación social y barreras para buscar ayuda, y un total de dieciséis ítems. Para la validez convergente se utilizó la Escala de Estigma Internalizado de las Enfermedades Mentales (ISMI) y la gravedad de la sintomatología se evaluó con el *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*. Para la adaptación lingüística se aplicó análisis de correlación, análisis factorial exploratorio (AFE), análisis factorial confirmatorio (AFC) y estimación de la consistencia interna. **Resultados:** El AFE identificó una estructura bifactorial de 14 ítems. El AFC mostró un buen ajuste del modelo ($\chi^2=188,271$; $df=76$; $p=0,001$; $CFI=0,98$; $TLI=0,98$; $RMSEA=0,076$ y $SRMR=0,073$). La escala presentó una consistencia interna adecuada ($\alpha=0,83$; $\Omega=0,85$). **Conclusión:** La versión bifactorial de la escala de autoestigma de la depresión cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para su uso en población chilena.

¹Enfermero, Mg. en Salud Pública, Departamento de Ciencias del Cuidado en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca. Talca, Chile, Chile.

²Dra. en Psicología, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

³Dr. en Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

⁴Dr. en Lingüística, Departamento de español, Facultad de Humanidades y Arte. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

⁵Enfermero, Hospital Regional de Talca.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the psychometric properties of the Self-Stigma of Depression Scale (SSDS) in patients undergoing Primary Care treatment between April 2023 and September 2024. **Materials and methods:** Instrumental study using a non-probabilistic sample of 320 patients aged 18-78 years, who were diagnosed with depressive disorder. Four dimensions were proposed: shame, guilt, social maladjustment, and barriers to seeking help, with a total of sixteen items. Convergent validity was assessed using the Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI), and symptom severity was evaluated using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Linguistic adaptation involved correlation analysis, exploratory factor analysis (EFA), confirmatory factor analysis (CFA), and internal consistency. **Results:** The EFA identified a bifactorial structure of 14 items. The CFA showed an adequate model fit ($\chi^2= 188.271$; $df= 76$; $p= 0.001$; CFI= 0.98; TLI= 0.98; RMSEA= 0.076 and SRMR= 0.073). The scale showed adequate internal consistency ($\alpha=0.83$; $\Omega=0.85$). **Conclusion:** The bifactorial version of the Self-Stigma of Depression Scale has adequate psychometric properties for its use with the Chilean population.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Autoestigma da Depressão ou *SSDS* (*Self-Stigma of Depression Scale*) em pacientes em tratamento na atenção primária entre abril de 2023 e setembro de 2024. **Material e métodos:** Estudo instrumental que utilizou uma amostra não probabilística de 320 pacientes com idades entre 18 e 78 anos, diagnosticados com transtorno depressivo. Foram propostas quatro dimensões: vergonha, culpa, desajuste social e barreiras à busca de ajuda, com um total de dezesseis itens. A validade convergente foi avaliada por meio do Inventário de Estigma Internalizado da Doença Mental (*ISMI*), e a gravidade dos sintomas, por meio do *Patient Health Questionnaire* (*PHQ-9*). A adaptação linguística envolveu análise de correlação, análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC), além da estimativa da consistência interna. **Resultados:** A EFA identificou uma estrutura bifatorial de 14 itens. A AFC mostrou um bom ajuste do modelo ($\chi^2= 188,271$; $df= 76$; $p= 0,001$; CFI= 0,98; TLI= 0,98; RMSEA= 0,076 e SRMR= 0,073). A escala mostrou consistência interna adequada ($\alpha=0,83$; $\Omega=0,85$). **Conclusão:** A versão bifatorial da Escala de Autoestigma da Depressão tem propriedades psicométricas adequadas para sua aplicação na população chilena.

INTRODUCCIÓN

El estigma se define como un atributo que distingue a una persona del resto y que, en un contexto social específico, se percibe de manera negativa. Esta condición genera exclusión, devaluación y discriminación^(1, 2). El fenómeno mantiene una estrecha relación con las Enfermedades Mentales (EM), ya que establece una diferenciación entre personas consideradas sanas y aquellas con un diagnóstico de EM, a quienes se atribuyen características negativas derivadas de su condición^(3, 4). Como resultado, estas personas enfrentan segregación social, reducción de beneficios comunitarios y desigualdad en el acceso a oportunidades educativas, laborales, sanitarias y de bienestar^(2, 5).

El estigma asociado a EM se clasifica en dos formas principales: público y autoestigma⁽⁶⁾. El estigma público corresponde a la aceptación de creencias y actitudes negativas por parte de la población general, lo que refuerza estereotipos

y conductas discriminatorias⁽⁷⁾. El autoestigma ocurre cuando las personas con EM interiorizan estas creencias y las dirigen hacia sí misma⁽⁸⁾.

El autoestigma representa un problema de salud pública global⁽⁹⁾, con un impacto significativo en el Trastorno Depresivo (TD)⁽³⁾, uno de los trastornos más prevalentes y una de las principales causas de discapacidad en el mundo⁽¹⁰⁾. Se proyecta que para 2030 se convertirá en la primera causa de años vividos con discapacidad⁽¹¹⁾. A pesar de su alta carga, menos del 50% de las personas con TD accede a tratamiento⁽¹²⁾. El autoestigma constituye una barrera para la búsqueda de atención y continuidad terapéutica, ya que se asocia con baja adherencia al tratamiento farmacológico y con interrupciones prematuras⁽⁹⁾. Esta condición se vincula con desenlaces clínicos y funcionales desfavorables^(13, 14).

En el TD, el autoestigma se relaciona con una menor autoestima, dificultades para solicitar

apoyo y una peor calidad de vida. Aunque existen instrumentos que evalúan el estigma en salud mental en general, son escasos los que permiten medir de forma específica el autoestigma en depresión⁽¹⁵⁾. La Escala de Autoestigma de la Depresión (con sus siglas *SSDS* por su nombre original *Self-Stigma of Depression Scale*) fue desarrollada con este propósito y ha sido aplicada en contextos clínicos y comunitarios, tanto en población general como pacientes ambulatorios. Estudios realizados en distintos países han mostrado propiedades psicométricas sólidas, con niveles adecuados de validez y confiabilidad⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

La literatura disponible demuestra asociaciones temporales entre sintomatología depresiva y autoestigma, lo que refuerza la necesidad de contar con instrumentos sensibles para su medición⁽²⁰⁾. Sin embargo, la investigación sobre autoestigma se ha concentrado en trastornos mentales graves, especialmente la esquizofrenia, y en instrumentos diseñados para enfermedades mentales en general^(14, 18, 19). Estas herramientas no siempre captan con precisión la experiencia de quienes presentan TD, lo que limita su utilidad clínica⁽¹⁹⁾. Esta brecha metodológica⁽²¹⁾ respalda la necesidad de adaptar y validar la *SSDS* en población chilena.

Según lo descrito, el objetivo del presente estudio fue evaluar la validez y confiabilidad de la *SSDS* en personas con diagnóstico de TD en tratamiento en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Talca, durante el período 2023-2024.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: El estudio corresponde a un diseño instrumental⁽²²⁾ orientado a evaluar las propiedades psicométricas de la *Self-Stigma of Depression Scale (SSDS)*. Su ejecución consideró las recomendaciones de la Comisión Internacional de Test para la traducción y adaptación de instrumentos psicométricos⁽²³⁾ realizada entre abril de 2023 y septiembre de 2024.

Población y muestra: La muestra fue de tipo no probabilística⁽²⁴⁾ y estuvo conformada por 320 pacientes adultos entre 18 a 78 años ($M= 45,9$;

$DE= 15,6$), que cumplieron criterios de inclusión: edad mayor 18 años, diagnóstico de TD leve, moderado o moderado-grave, en control y tratamiento en Atención Primaria de Salud de la comuna de Talca. Se excluyeron pacientes con demencia o condiciones neurosensoriales que pudieran afectar significativamente el funcionamiento cognitivo. Para la selección de las(os) pacientes, se gestionaron las autorizaciones institucionales necesarias, entre ellas las otorgadas por la Dirección Comunal de Salud de Talca y por el CESFAM participante.

Recolección de datos: El contacto con las personas seleccionadas se realizó telefónicamente, instancia en la que se explicaron los objetivos y procedimientos de la investigación. Tras coordinar fecha y hora de la evaluación, se entregó consentimiento informado, en el cual se precisaron los beneficios, riesgos y garantías de confidencialidad. La aplicación se efectuó de forma heteroaplicada, con lectura de ítems y una duración aproximada de 40 minutos.

Para el instrumento *SSDS*, diseñado específicamente para evaluar las actitudes autoestigmatizantes en el TD, los autores proponen cuatro dimensiones: vergüenza, culpa, desadaptación social y barreras para buscar ayuda, y un total de dieciséis ítems. Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de cinco opciones: 1) muy en desacuerdo, 2) en desacuerdo, 3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4) de acuerdo y 5) muy de acuerdo⁽¹⁶⁾.

Para analizar la validez convergente de la *SSDS* se utilizó la Escala de Estigma Internalizado de las Enfermedades Mentales (ISMI)⁽²⁵⁾, desarrollada para medir el estigma en diversas EM y en distintos contextos culturales. Este instrumento evalúa cinco dimensiones: alienación, estereotipos, aislamiento, discriminación y resistencia, y está compuesto de veintinueve ítems. Su formato de respuesta corresponde a una escala Likert de cuatro opciones: 1) totalmente en desacuerdo, 2) en desacuerdo, 3) de acuerdo, 4) totalmente de acuerdo⁽²⁵⁾.

La gravedad de la sintomatología del TD se evaluó mediante el *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*⁽²⁶⁾. Este cuestionario comprende nueve ítems y utiliza escala de respuesta tipo Likert de cuatro opciones: 0= nunca, 1= algunos

días, 2= más de la mitad de los días, 3= casi todos los días. Los puntajes obtenidos permiten clasificar la gravedad de los síntomas en cinco categorías: mínimo (0-4 puntos), leve (5-9 puntos), moderado (10-14 puntos), moderado a grave (15-19 puntos) y grave (20-27 puntos)^(26, 27).

Procedimiento: Se obtuvo la autorización de las autoras de la *Self-Stigma of Depression Scale (SSDS)* para su adaptación y validación en población chilena. La traducción al español fue realizada de manera independiente por dos traductores bilingües con conocimiento del contexto local. Un panel de expertos revisó ambas versiones ítem por ítem y seleccionó las formulaciones más adecuadas, considerando criterios de equivalencia semántica, claridad conceptual, adecuación cultural y comprensibilidad. Posteriormente, un especialista en lingüística examinó la versión consensuada para garantizar precisión gramatical y pertinencia sociolingüística.

Cada ítem fue analizado para mantener coherencia conceptual con la versión original. Por ejemplo, el ítem "*I would feel ashamed*" se tradujo como "Sentiría vergüenza", priorizando claridad semántica y adecuación lingüística. Este criterio se aplicó de forma sistemática a toda la escala.

Se efectuó una prueba piloto con diez usuarias(os) de atención primaria en salud, lo que permitió confirmar la comprensión y pertinencia cultural de los ítems.

Procesamiento y análisis de los datos: El procesamiento se realizó con el *Software JASP*, versión 0.19.3, de acceso libre para *Windows*⁽²⁸⁾. No se registraron valores perdidos en las variables analizadas. La distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyos resultados indicaron ausencia de normalidad.

Se efectuó un análisis descriptivo que incluyó frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para caracterizar la muestra y describir la gravedad de la sintomatología depresiva. La relación entre esta variable y el autoestigma, así como la validez de constructo entre *SDSS* y la *ISMI*, se evaluó mediante la correlación Rho de Spearman.

Para examinar la validez de la *SSDS*, se aplicó

un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) sobre la estructura teórica original de cuatro factores. Dado que el ajuste no fue adecuado, la muestra se dividió aleatoriamente en dos submuestras: la primera se destinó a explorar la estructura factorial mediante Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y la segunda a confirmar dicha estructura con un nuevo AFC⁽²⁹⁾.

En el AFE, se aplicaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett con el propósito de evaluar la adecuación de los datos. La extracción de los factores se realizó mediante factorización de ejes principales, y el número de factores se determinó a través del análisis paralelo y el gráfico de sedimentación de Cattell⁽³⁰⁾. Se utilizó rotación Promax para facilitar la interpretación y permitir la correlación entre factores, lo que se respaldó con una relación moderada entre el Factor 1 y el Factor 2 ($r = 0,492$), lo que respalda la elección metodológica⁽³¹⁾. Se consideraron adecuadas las cargas factoriales iguales o superiores a 0,30⁽³⁰⁾.

En el AFC, se empleó el método de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonales (DWLS). La bondad de ajuste del modelo se evaluó mediante la prueba Chi-cuadrado, donde valores no significativos indicaron un buen ajuste. Se incluyeron el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI), con valores superiores a 0,95 como criterio de ajuste adecuado. Además, se consideraron el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) y la Raíz Media Cuadrática Residual (SRMR)⁽³²⁾. La confiabilidad se determinó mediante la consistencia interna, calculando los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald.

Aspectos éticos: La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética Científico Adultos Servicio de Salud Metropolitano Oriente (número de aprobación # 210323-1, emitido el 21 de marzo de 2023).

RESULTADOS

Características sociodemográficas y gravedad de sintomatología depresiva de los pacientes:

La muestra estuvo compuesta por personas con una edad promedio de 45,9 años (DE= 15,6). Un 83,4% mujeres, 44,4 % soltero(a) y 41,6

Trabajador(a) con contrato (Tabla 1). La gravedad de la sintomatología depresiva, evaluada con el PHQ-9, fue mínima en 6,2% de los participantes, leve en 19,4%, moderada en 25,0%, moderada-grave en 27,8% y grave en 21,6%.

Análisis Factorial Exploratorio: El análisis de adecuación muestral mostró condiciones apropiadas para aplicar un AFE (KMO= 0,84). La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2(965)= 120,000$; $p= <0,001$), lo que confirmó correlaciones suficientes entre los ítems⁽³⁰⁾. El AFE identificó una estructura de dos factores, respaldada por el gráfico de sedimentación de Cattell (*Scree Plot*), con un punto de inflexión claro en el segundo factor. Las cargas factoriales oscilaron entre 0,382 y 0,955, excepto en los ítems cinco y seis, que presentaron valores inferiores a 0,30, lo que indica una contribución limitada a la estructura⁽³⁰⁾ (Tabla 2).

Análisis Factorial Confirmatorio: El modelo de dos factores y catorce ítems presentó un ajuste satisfactorio ($\chi^2 (188,271) =76$; $p<0,001$). Los índices obtenidos fueron CFI= 0,98; TLI= 0,98; RMSEA= 0,076 y SRMR= 0,073, lo que respalda la estructura propuesta. Todas las cargas factoriales de los ítems resultaron significativas ($p < 0,001$)

y superiores a 0,5.

Correlación entre sintomatología depresiva y autoestigma: El análisis de correlación entre las dos dimensiones de la SSDS y el PHQ-9 (Tabla 3) mostró una relación moderada y positiva entre vergüenza-autodevaluación y los síntomas depresivos (0,6; $p <0,001$), y una relación débil y positiva entre barreras para buscar ayuda y la misma variable (0,4; $p<0,001$).

Correlación entre escalas SSDS e ISMI: La correlación entre la SSDS y la ISMI (Tabla 4) mantuvo el patrón observado en la estructura original de cuatro factores, con asociaciones significativas. Vergüenza-Autodevaluación presentó correlaciones fuertes: alienación (0,75; $p<0,001$), Aislamiento (0,7; $p<0,001$) y Discriminación (0,6; $p<0,001$); y moderadas con Estereotipos (0,5; $p<0,001$) y Resistencia (-0,4; $p<0,001$). La dimensión Barreras para buscar ayuda mostró correlaciones fuertes con Alienación (0,6; $p<0,001$), moderadas con Discriminación (0,4; $p<0,001$) y Aislamiento (0,4; $p<0,001$), y débiles con Estereotipos (0,3; $p<0,001$) y Resistencia (-0,26; $p<0,001$), con esta última nuevamente en sentido inverso.

Tabla 1. Características sociodemográficas de personas con sintomatología depresiva de un Cesfam de la comuna de Talca, período 2023-2024 (n= 320).

Variable		f	%
Sexo	Mujeres	267	83,4
	Hombres	53	16,6
Estado civil	Soltero(a)	142	44,4
	Casado(a)	90	28,1
	Divorciado(a)	43	13,4
	Separado(a)	24	7,5
	Viudo(a)	21	6,6
Ocupación	Trabajador con contrato	133	41,6
	Trabajador sin contrato	14	4,4
	Dueña de casa	80	25,0
	Sin trabajo	32	10,0
	Jubilado/a	28	8,7
	Estudiante y trabajador	6	1,9
	Estudiante	27	8,4

Tabla 2. Análisis Factorial Exploratorio para la Escala de Autoestigma de la Depresión (SSDS) en pacientes chilenos con sintomatología depresiva, de un Cesfam de Talca, 2023-2024 (n= 320).

Ítems	Factor 1	Factor 2
1	0.559	
2	0.710	
3	0.669	
4	0.776	
7	0.382	
8	0.436	
9	-0.618	
10	0.638	
11	0.768	
12	0.588	
13	0.448	
14		0.552
15		0.955
16		0.891
5	–	–
6	–	–

Tabla 3. Correlación escala de autoestigma de la depresión (2 dimensiones) y PHQ-9.

Subescalas	PHQ-9
Vergüenza y autodevaluación	0,6*
Barreras para buscar ayuda	0,4*
* p<0,001	

Tabla 4. Matriz de correlaciones entre las escalas SSDS e ISMI.

SSDS	ISMI				
	Alienación	Estereotipos	Aislamiento	Discriminación	Resistencia
Vergüenza y autodevaluación	0,75*	0,5*	0,7*	0,6*	–0,4*
Barreras para buscar ayuda	0,6*	0,3*	0,4*	0,4*	–0,26*
* p<0,001					

Confiabilidad: La consistencia interna de la SSDS fue adecuada, con alfa de Cronbach de 0,83 (IC 95%= 0,8-0,85) y omega de McDonald de 0,85 (IC 95%= 0,83-0,90). La subescala vergüenza-autodevaluación obtuvo alfa de 0,79 (IC 95%= 0,76-0,82) y un omega de 0,84 (IC 95%= 0,81-

0,86), mientras que la subescala barreras para buscar ayuda presentó un alfa de 0,80 (IC 95%= 0,80-0,84) y un omega de 0,81 (IC 95%= 0,76-0,85). La Figura 1 muestra los factores resultantes de la validación de la escala.

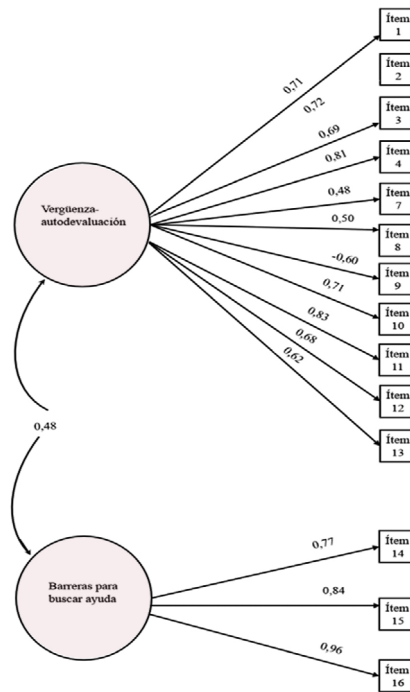


Figura 1. Modelo Factorial Confirmatorio para Escala de Austoestigma de la Depresión, en pacientes chilenos con sintomatología depresiva de un CESFAM, comuna de Talca, Chile, 2023-2024.

DISCUSIÓN

El autoestigma asociado al TD tiene un impacto negativo sobre múltiples aspectos de la vida, como la calidad de vida, la autoestima y la autovaloración. Además, constituye una barrera para la recuperación e incrementa el nivel de discapacidad^(8, 13).

Los resultados muestran que la versión chilena de la SSDS no replica la estructura original de cuatro dimensiones y 16 ítems⁽¹⁶⁾. El AFE identificó una solución de dos factores compuesta por 14 ítems, lo que sugiere una configuración distinta del constructo en el contexto chileno. La dimensión "Vergüenza-autodevaluación"

agrupa ítems relacionados con sentimientos de vergüenza, culpa, inferioridad y percepción de ser una carga. La dimensión "Barreras para buscar ayuda" incluye ítems vinculados a sentimientos de vergüenza y percepción de debilidad al solicitar apoyo profesional o utilizar medicamentos antidepresivos⁽¹⁶⁾.

Estudios realizados en otros países han validado la SSDS en contextos culturales diversos. Aunque en la mayoría se mantuvo la estructura de cuatro factores, se observaron diferencias en la retención de ítems. En la adaptación turca se eliminó el ítem 9 por no contribuir a ningún factor⁽¹⁷⁾; en Irak se eliminaron los ítems 3 y 12⁽¹⁸⁾;

y en Alemania se aplicó análisis de componentes principales y se eliminaron los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9⁽¹⁹⁾. Estas variaciones podrían relacionarse con factores lingüísticos, características de la muestra o particularidades socioculturales^(33, 34). Además, no todos los estudios se realizaron en muestras clínicas. Mientras el estudio turco incluyó pacientes diagnosticados, los estudios alemán y persa se aplicaron principalmente en población general, a diferencia de la presente investigación, centrada exclusivamente en personas con tratamiento.

En este estudio se excluyeron los ítems 5 y 6 por bajo rendimiento psicométrico, sin coincidencia con los ítems eliminados en validaciones previas. Este hallazgo sugiere que, aunque el autoestigma en el TD es un fenómeno transversal, su expresión factorial puede variar según el contexto cultural, lingüístico o clínico⁽³⁵⁾. La exclusión de estos ítems podría implicar una menor cobertura de algunos matices del constructo original, lo que debe considerarse al interpretar los resultados.

En relación con la confiabilidad, los coeficientes alfa de Cronbach (0,84) y omega de McDonald (0,87) son consistentes con los reportados en estudios previos (0,85 y 0,853)⁽¹⁸⁾, lo que respalda la fiabilidad de la escala, pese a las diferencias en la estructura factorial.

Entre las fortalezas del estudio destacan la traducción y adaptación lingüística de la escala al español para población chilena y la inclusión de personas en tratamiento en atención primaria, lo que otorga relevancia clínica y contextual a los hallazgos. Además, los análisis de consistencia interna confirman la confiabilidad para su uso en entornos clínicos y de investigación.

Las limitaciones incluyen la ausencia de personas con TD que no acceden al sistema de salud, lo que restringe la generalización de los resultados a otras poblaciones. Aunque el tamaño muestral fue adecuado para los análisis, un mayor número de participantes habría otorgado mayor robustez estadística. También debe considerarse que la heteroaplicación del instrumento pudo aumentar el sesgo de deseabilidad social y afectar la espontaneidad de las respuestas⁽³⁶⁾. Finalmente, al tratarse de una medición única, no fue posible evaluar la estabilidad temporal ni la sensibilidad al cambio.

CONCLUSIÓN

La versión chilena de la *SSDS* quedó conformada por 14 ítems distribuidos en dos factores: vergüenza y barreras para buscar ayuda. Esta herramienta resulta útil para evaluar el autoestigma asociado al TD en personas atendidas en atención primaria. Identificar el nivel de autoestigmatización permite orientar acciones formativas al ingreso de los pacientes al programa de salud mental.

Financiamiento: Los autores señalan que no se tuvo financiamiento para el desarrollo de este artículo.

Conflicto de intereses: No hay conflictos para la elaboración de este artículo.

Agradecimientos: Se agradece a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), específicamente a su programa Becas Chile Doctorado Nacional. Igualmente agradecemos al Doctorado en Salud Mental, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción-Chile.

Participación de autores:

Gustavo Adolfo Domínguez-Araya: Concepción y diseño del trabajo; Recolección/obtención de datos; Análisis e interpretación de resultados; Redacción del manuscrito; Revisión Crítica del manuscrito; Aprobación de su versión final.

Carolina Inostroza-Rovegno: Análisis e interpretación de resultados; Redacción del manuscrito; Revisión Crítica del manuscrito; Aprobación de su versión final.

Cristhian Pérez-Villalobos: Análisis e interpretación de resultados; Redacción del manuscrito.

Daniel Ignacio-Pereira: Adaptación lingüística de ítems; Revisión Crítica del manuscrito; Aprobación de su versión final.

Javier Opazo-Araya: Recolección/obtención de datos; Revisión Crítica del manuscrito; Aprobación de su versión final.

REFERENCIAS

1. Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 2ª ed., 3ª reimp. Buenos Aires : Amortu, 2015.
2. Link BG, Phelan JJ. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* [Internet]. 2001 [citado 3 ene 2025]; 27: 363-385. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/>

- annurev.soc.27.1.363
3. Alqahtani R, Pringle A. The general impact of self-stigma of mental illness on adult patients with depressive disorders: a systematic review. *BMC Nurs* [Internet]. 2024 [citado 10 nov 2024]; 23(1): 432. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02047-z>
4. Eksteen H-C, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 3 ene 2025]; 63(8): 782-791. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764017735865>
5. Taghva A, Hajebi A, Noorbala AA, Khademi M, Asadia A, Rahnejat AM, et al. Mental health stigma in Iran: A systematic review. *Stigma Health* [Internet]. 2024 [citado 3 ene 2025]; 14(4): 619-630. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/sah0000559>
6. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet]. 2002 [citado 6 ene 2025]; 9(1): 35-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
7. Pérez-Flores NJ, Cabassa LJ. Effectiveness of mental health literacy and stigma interventions for Latino/a adults in the United States: A systematic review. *Stigma Health* [Internet]. 2021 [citado 7 ene 2025]; 6(4): 430-439. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/sah0000343>.
8. Du N, Chong ESK, Wei D, Liu Z, Mu Z, Deng S, et al. Prevalence, risk, and protective factors of self-stigma for people living with depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2023 [citado 10 ene 2025]; 332: 327-340. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.013>.
9. Abdisa E, Fekadu G, Girma S, Shibiru T, Tilahun T, Mohamed H, et al. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2020 [citado 10 ene 2025]; 14:56. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00391-6>.
10. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2021 [citado 10 ene 2025]; 398(10312): 1700-1712. Disponible en: [10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
11. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* [Internet]. 2006 [citado 12 ene 2025]; 3(11): e442. Disponible en: [10.1371/journal.pmed.0030442](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442).
12. Cuijpers P. The patient perspective in research on major depression. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2011 [citado 20 ene 2025]; 11:89. Disponible en: [10.1186/1471-244X-11-89](https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-89).
13. Patra BN, Patil V, Balhara YPS, Khandelwal SK. Self-stigma in patients with major depressive disorder: An exploratory study from India. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 25 ene 2025]; 68(1): 147-154. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020975811>.
14. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophr Bull* [Internet]. 2021 [citado 30 ene 2025]; 47(5): 1261-1287. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>.
15. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Marackova M, Grambal A, Slepecky M. Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2016 [citado 15 oct 2025]; 19(12): 2677-2687. Disponible en: <https://sl1nk.com/Lxcqi>
16. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2010 [citado 30 ene 2025]; 19(4): 243-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/mpr.325>.
17. Kaniş GZ, Erden AŞÖ, Yıldız Mİ, Doğan VH, Dolgun AB. The Validity and the Reliability of Turkish Version of the Self-Stigma of Depression Scale. *Turk Psikiyatri Derg* [Internet]. 2019 [citado 2 feb 2025]; 30(3): 200-209. Disponible en: <https://surl.li/ekhzzh>.
18. Jafari, A, Moshki, M, Naddafi F, Lael-Monfared E, Nejatian M. A modified persian version of the self-stigma of depression scale among the Iranian population: a methodological study in 2023. *BMC Psychol* [Internet]. 2024 [citado 4 jun 2025]; 12: 294. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01802-w>
19. Makowski AC, Mnich EE, Von Dem KO. Self-Stigma of Depression Scale SSDS – Evaluation der deutschen Skalenversion. *Psychiatr Prax* [Internet]. 2018 [citado 4 jun 2025]; 45(6): 314-320. Disponible en: <https://n9.cl/25ap5r>
20. Pellet J, Golay P, Nguyen A, Suter C, Ismailaj A, Bonsack C, et al. The relationship between self-stigma and depression among people with schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019 [citado 14 oct 2025]; 275: 115-119. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.022>
21. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression self-stigma : A new measure and preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2008 [citado 14 oct 2025];

- 196(9): 663–70. Disponible en : <https://sl1nk.com/bFgux>
22. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *An Psicol* [Internet]. 2013 [citado 10 feb 2025]; 29 (3): 1038-1059. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
 23. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* [Internet]. 2013 [citado 10 feb 2025]; 25(2): 151-157. Disponible en: <https://l1nq.com/DMMDw>
 24. Jacobsen KH. Introduction to health research methods: A practical guide. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2020.
 25. Bengochea SR, Arrieta RM, Fernández MM, Santacoloma CI, Gómez dTRJ, García PB, et al. Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2018 [citado 11 feb 2025]; (4): 244-254. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
 26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2001 [citado 10 mar 2025]; 16(9): 606-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
 27. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Med Chile* [Internet]. 2019 [citado 10 mar 2025]; 147(1): 53-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
 28. Goss-Sampson MA. Statistical Analysis in JASP: A Guide for Students. v16.1. [s.l.]: JASP Team [Internet]; 2020 [citado 10 mar 2025]. Disponible en: <https://jasp-stats.org/jasp-materials/>
 29. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomas-Marco I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal Psicol* [Internet]. 2014 [citado 10 mar 2025]; 30(3): 1151-1169. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
 30. Watkins MW. A step-by-step guide to exploratory factor analysis with SPSS. New York: Routledge; 2021.
 31. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Pract Assess Res Eval* [Internet]. 2005 [citado 14 oct 2025]; 10(7): 1–9. Disponible en: <https://sl1nk.com/TYmPQ>
 32. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2015.
 33. Yasir ASM, Rahman CH, Shalahuddin QMMA, Hafez MA. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of research instruments: A methodological review. *J Behav Health Psychol* [Internet]. 2016 [citado 4 jun 2025]; 5(3): 129-136. Disponible en: <https://n9.cl/ltkzs>
 34. Huggins CF, Cameron IM, Scott NW, Williams JHG, Yoshikawa S, Sato W. Cross-Cultural Differences and Psychometric Properties of the Japanese Actions and Feelings Questionnaire (J-AFQ). *Front Psychol* [Internet]. 2021 [citado 4 jun 2025]; 12:722108. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722108>
 35. Zhao Y, Summers R, Gathara D, English M. Conducting cross-cultural, multi-lingual or multi-country scale development and validation in health care research: A 10-step framework based on a scoping review. *J Glob Health* [Internet]. 2024 [citado 5 jun 2025]; 14: 04151. Disponible en: <https://n9.cl/vtnaq>
 36. Latkin CA, Edwards C, Davey-Rothwell MA, Tobin KE. The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addict Behav* [Internet]. 2017 [citado 15 oct 2025]; 73:133-136. Disponible en: <https://l1nq.com/FDPz4>

