

Estigma de depresión en Chile: estudio cualitativo sobre creencias, emociones y conductas relativas a personas con depresión

Natalia Salinas-Oñate^{a*}, María José Segú-Flores^b, Camila Salazar-Fernández^a, Tatiana Alarcón-Jouanet^c, Rubén Alvarado Muñoz^{d,e}

^aDepartamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile; ^bDoctorado en Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile; ^cPhd in Behavioral and Social Sciences, University of Groningen, Groningen, Netherlands; ^dCentro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile; ^eDepartamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN La depresión constituye una de las principales causas de discapacidad en Chile, afectando de manera significativa el bienestar y la participación social de las personas adultas. A pesar de su alta prevalencia, el estigma de depresión ha sido escasamente estudiado en el país. Considerando que sus manifestaciones varían según el contexto sociocultural, comprender cómo se configura en Chile resulta fundamental para desarrollar intervenciones pertinentes. En este marco, el estigma de depresión se examina a partir de sus componentes clásicos -estereotipos, prejuicios y discriminación a través de las creencias, emociones y conductas dirigidas hacia las personas que viven con depresión. El objetivo de este estudio es explorar, desde la perspectiva de personas adultas chilenas, las creencias socialmente compartidas sobre las personas que viven con depresión, así como las emociones y conductas dirigidas hacia ellas, y examinar en qué medida estos contenidos son significados como expresiones de estigma de depresión.

MÉTODOS Se realizó un estudio cualitativo con muestreo intencional, aplicando criterios de representatividad mínima grupal según género, nivel socioeconómico y antecedentes de depresión. Participaron 66 personas adultas de tres regiones del país, en entrevistas individuales semiestructuradas. Las entrevistas fueron transcritas, revisadas, contrastadas con quienes participaron y codificadas por dos codificadores independientes. Posteriormente, se realizó un análisis de contenido con aproximación deductiva-inductiva, con apoyo del software Atlas.ti, cuyos resultados fueron triangulados.

RESULTADOS Los hallazgos se organizaron en tres macrocategorías analíticas (creencias, emociones y conductas dirigidas hacia personas con depresión), coherentes con los componentes cognitivo, afectivo y conductual del estigma descritos en la literatura. Respecto de las creencias emergieron contenidos referidos a características afectivas, características comportamentales y atribuciones disposicionales asociadas a las personas con depresión. En emociones emergieron del tipo compasivas, defensivas y de malestar, además de desconexión afectiva. En conductas emergieron comportamientos de sobreprotección, distanciamiento social, invalidación y juicio, junto a guiones de interacción basados en la evasión y el apoyo.

CONCLUSIONES Los hallazgos muestran que el estigma de depresión en Chile se configura mediante contenidos que, en distintos grados, son significados como estereotipos, prejuicios y discriminación. Las creencias articulan elementos vinculados tanto a la alfabetización en salud mental como a estereotipos; las emociones son principalmente significadas como expresiones de prejuicio; y las conductas dan cuenta de formas de discriminación sutil y manifiesta. Asimismo, algunos contenidos mostraron interpretaciones divergentes entre los participantes, particularmente entre quienes tenían y no tenían antecedentes de depresión. En conjunto, estos resultados permiten comprender cómo se estructura este fenómeno en el contexto chileno y ofrecen insumos para el desarrollo de instrumentos de evaluación y estrategias de intervención culturalmente pertinentes.

KEYWORDS Depressive Disorder, Social Stigma, Social Discrimination, Chile, Mental Health



* **Autor de correspondencia** natalia.salinas@ufrontera.cl
Citación Salinas-Oñate N, Segú-Flores MJ, Salazar-Fernández C, Alarcón-Jouanet T, Alvarado Muñoz R. Estigma de depresión en Chile: estudio cualitativo sobre creencias, emociones y conductas relativas a personas con depresión. Medwave 2026;26(06):e3227
 DOI 10.5867/medwave.2026.06.3227
Fecha de envío Apr 7, 2026, **Fecha de aceptación** Jun 24, 2026,
Fecha de publicación Jul 29, 2026
Correspondencia a Avda. Francisco Salazar 01145, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN

El estigma de depresión ha sido documentado a nivel internacional, mostrando efectos negativos sobre la inclusión social, el acceso y la adherencia al tratamiento, y la calidad de vida de las personas afectadas [1–3]. No obstante, gran

IDEAS CLAVE

- La depresión es un problema relevante de salud pública, y su estigmatización puede afectar la vida cotidiana, las relaciones sociales y la búsqueda de ayuda. A la fecha, en Chile no se ha caracterizado el estigma de depresión.
- Este estudio aporta evidencia sobre cómo se configura el estigma de depresión en personas adultas chilenas, identificando creencias, emociones y conductas que permiten comprender sus manifestaciones en el contexto sociocultural local.
- El estigma de depresión en Chile se estructura en torno a estereotipos, prejuicios y discriminación, articulando visiones estigmatizantes con contenidos de alfabetización en salud mental y conductas de apoyo e inclusión.
- Entre las limitaciones del estudio, cabe considerar que la cercanía de parte de la muestra con personas con depresión pudo influir en la estigmatización reportada.

parte de esta evidencia proviene de países anglosajones, lo que limita la comprensión de su expresión en otros contextos socioculturales, como América Latina y, particularmente, Chile [4,5]. Dado que el estigma es un fenómeno culturalmente situado, el presente estudio busca caracterizarlo a partir de las creencias, emociones y conductas de personas adultas chilenas.

Depresión como problema de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS [6]) estima que más de 300 millones de personas viven con depresión en el mundo, situándola entre las principales causas de carga de enfermedad a nivel global [7]. En Chile, es reconocida como un problema prioritario de salud pública, constituyendo una de las principales causas de discapacidad y pérdida de años de vida saludables [8]. En población adulta, la Encuesta Nacional de Salud 2016–2017 estimó una prevalencia de 6,2% [9], mientras que investigaciones recientes han informado una prevalencia de 13,7% de síntomas depresivos moderados a severos en adultos [10]. A ello se suma que la sintomatología depresiva se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad [11] y con una elevada comorbilidad con enfermedades crónicas, lo que incrementa la carga de enfermedad y complejiza su abordaje clínico [12].

Junto con lo anterior, la depresión genera un impacto multidimensional en la vida de las personas, afectando su funcionamiento cotidiano y su participación en los ámbitos personal, familiar y comunitario [13–15]. Estas consecuencias se expresan también en altos costos económicos a lo largo del ciclo vital [16,17]. Desde la perspectiva del presente estudio, la depresión es comprendida como un problema de salud mental cuya aparición, expresión y curso están influidos por la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales [6]. Su impacto no deriva únicamente de los síntomas y limitaciones asociados a la condición, sino también de las respuestas sociales que suscita. En este sentido, la estigmatización que enfrentan las personas con depresión constituye una expresión especialmente relevante de su impacto social. Aunque existen tratamientos efectivos para esta condición, el estigma constituye una de las principales barreras para el acceso a la atención en salud mental, incluso por sobre obstáculos de carácter estructural o económico [3,18,19].

Estigma de depresión

El estigma social se define como un proceso mediante el cual se atribuye a una persona una característica socialmente devaluada, como padecer depresión, lo que la configura como desviada o indeseable, llevándola a la pérdida de estatus y a la discriminación [19–21]. Este estigma se expresa a través de distintos componentes interrelacionados [22]. En primer lugar, los estereotipos son creencias sociales compartidas y sobre simplificadas respecto de un grupo social, que funcionan como marcos cognitivos para organizar la información sobre sus integrantes [23]. En segundo lugar, el prejuicio alude a las respuestas emocionales (generalmente negativas) dirigidas hacia dicho grupo [24]. Finalmente, la discriminación se manifiesta en conductas o prácticas concretas de trato diferencial y desventajoso hacia estas personas o grupos [25].

En conjunto, estos componentes permiten comprender el estigma como un proceso dinámico que articula creencias, emociones y conductas dirigidas hacia un grupo socialmente devaluado [26,27]. Este marco interpretativo ha sido desarrollado en modelos teóricos influyentes sobre estigma de salud mental, como el modelo cognitivo-social del estigma de Corrigan [28], y posteriormente operacionalizado en propuestas integradoras como *Mental Illness Stigma Framework* [22]. Desde esta perspectiva, la estigmatización social trasciende la realización de conductas discriminatorias. Además, permite comprender el fenómeno de manera articulada, considerando dimensiones cognitivas (estereotipos) y afectivas (prejuicio) dirigidas hacia el grupo socialmente devaluado.

El estigma de depresión dificulta el reconocimiento de esta como un problema de salud, desalienta la búsqueda de ayuda profesional, y se asocia con menor adherencia y mayor abandono terapéutico [29–31]. En efecto, las personas que viven con depresión identifican la vergüenza y el temor a ser percibidas como “débiles” o “inestables” entre las principales barreras para solicitar atención en salud mental [29,32]. Adicionalmente, el escaso apoyo del entorno favorece su aislamiento y contribuye a perpetuar las barreras de acceso [33]. La falta de acceso oportuno a atención en salud mental se asocia con un curso clínico desfavorable, una menor probabilidad de recuperación espontánea [34] y diversas repercusiones psicosociales. Entre estas últimas destacan conflictos

familiares, dificultades económicas, ideación suicida, abandono de actividades cotidianas y disminución del rendimiento académico [35].

Aunque la investigación sobre estigma de depresión ha crecido de manera sostenida a nivel global, los análisis bibliométricos muestran que la producción científica sigue concentrándose en países anglosajones de altos ingresos, mientras que regiones como América Latina continúan escasamente representadas [36]. Esta brecha adquiere especial relevancia al considerar que el estigma social es un fenómeno situado [37,38], por lo que es esperable que los estereotipos, prejuicios y formas de discriminación hacia las personas con depresión varíen según el contexto cultural.

Contexto local y objetivos del presente estudio

En Chile, el estigma de depresión no ha sido descrito de manera específica. Aunque la evidencia disponible sugiere que la amenaza de estigmatización forma parte de la experiencia de personas que viven con depresión [39]; a la fecha, no se han caracterizado los estereotipos, prejuicios y conductas de discriminación que estructuran este fenómeno. En este sentido, esta investigación constituye uno de los primeros esfuerzos por describir el estigma de depresión en Chile. Contar con esta evidencia permitiría comprender cómo se configura este fenómeno en el contexto cultural chileno, así como también aportar insumos para el desarrollo de instrumentos de evaluación y de intervenciones de reducción del estigma culturalmente pertinentes.

Considerando este vacío de conocimiento, el presente estudio adopta como punto de partida el análisis del estigma público, entendido como la mirada de la sociedad mayoritaria hacia las personas que viven con depresión. Dado el carácter exploratorio del estudio, el análisis no asume la presencia de estigmatización de manera previa, sino que comienza por la identificación de las creencias socialmente compartidas, las emociones y las conductas dirigidas hacia estas personas, así como los significados que los propios participantes atribuyen a dichos contenidos. A partir de esta exploración, se examina en qué medida estas configuraciones pueden ser interpretadas como estigmatización hacia la depresión y cuáles son sus principales características.

En consecuencia, el objetivo general de este estudio fue explorar, desde la perspectiva de personas adultas chilenas, las creencias socialmente compartidas sobre las personas que viven con depresión, así como las emociones y conductas dirigidas hacia ellas. También se busca examinar en qué medida estos contenidos son significados como expresiones de estigma de depresión.

MÉTODOS

Participantes

Se realizó un estudio cualitativo de alcance descriptivo con 66 personas adultas chilenas. La recolección de datos tuvo una duración de cinco meses (entre agosto y diciembre de 2024

y enero de 2025). Los criterios de inclusión fueron: tener 18 años o más, poseer nacionalidad chilena y residir en alguna de las tres regiones participantes. Como criterio de exclusión, se consideró estar cursando un episodio depresivo al momento de la entrevista, dado que la conversación podía reactivar malestar o ser vivida como una experiencia reestigmatizante.

Se utilizó un muestreo intencionado con estratificación teórica y criterios de variación máxima. El reclutamiento se efectuó por autoselección y bola de nieve, orientado a captar la heterogeneidad de perspectivas en torno al tema. La definición de los estratos se basó en tres variables identificadas como relevantes en la literatura: sexo, nivel socioeconómico y antecedentes de depresión. En particular, se ha reportado que los hombres tienden a expresar mayores niveles de estigmatización hacia los problemas de salud mental [37,40–42], que el nivel socioeconómico se asocia con variaciones en el nivel de estigmatización [43], y que la experiencia previa de depresión podría relacionarse con una menor adhesión al estigma hacia esta condición [44]. Con el fin de incorporar diversidad geográfica, se seleccionaron tres regiones de Chile con accesibilidad para el equipo de investigación, representativas de las macrozonas norte, centro y sur del país: Coquimbo, Metropolitana y La Araucanía. Estas regiones presentan perfiles estructurales diferenciados en términos de pobreza, urbanización y prevalencia de trastornos mentales [45,46], lo que permite capturar variaciones contextuales relevantes para el fenómeno estudiado. Estas regiones no operaron como criterio de estratificación combinatoria, sino como un eje complementario de diversificación del campo. Se procuró una distribución equilibrada según región y variables de estratificación, obteniéndose un mínimo de personas en cada una de las 12 celdas resultantes de la combinación de las variables sexo (hombre/mujer), nivel socioeconómico (alto, medio y bajo) y antecedentes de depresión (sí/no). El cierre muestral respondió al cumplimiento de estas cuotas y no al criterio de saturación teórica.

La muestra presentó una distribución relativamente equilibrada en cuanto a sexo, antecedentes personales de depresión y región de residencia. Respecto del nivel socioeconómico, se observó una mayor concentración en los niveles medios. Asimismo, entre quienes reportaron antecedentes de depresión, cerca de la mitad recibió tratamiento en salud mental, principalmente psicoterapia, el cual fue evaluado como muy útil. Por último, la mayoría de los participantes señaló antecedentes de depresión en personas de su entorno cercano (para más detalles, ver Tabla 1).

Técnica de recolección de datos

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada de sesión única, con preguntas abiertas, orientada a explorar creencias, emociones y conductas hacia personas que viven con depresión. El guion fue validado por un comité compuesto por personas expertas por experiencia externas al equipo de investigación, investigadoras/es con experticia en salud

Table 1. Características de la muestra del estudio (n = 66).

Variable		% (n)
Género	Mujer	53,0 (35)
	Hombre	47,0 (31)
Región de residencia	Coquimbo	31,8 (21)
	Metropolitana	33,3 (22)
	La Araucanía	34,8 (23)
NSE	Alto	6,1 (4)
	Medio alto	27,3 (18)
	Medio	31,8 (21)
	Medio bajo	30,3 (20)
	Bajo	4,5 (3)
Antecedente personal de depresión	Sí	51,5 (34)
	No	48,5 (32)
En caso de antecedente, ¿recibió tratamiento?	Sí	45,4 (30)
	No	54,5 (36)
Tipo de tratamiento recibido con anterioridad	Sin tratamiento	54,5 (36)
	Farmacológico	3,0 (2)
	Farmacológico, psicoterapia	21,2 (14)
	Psicoterapia	16,6 (11)
	Psicoterapia, otro	1,5 (1)
Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido	Otro	3,0 (2)
	No recibe tratamiento	54,5 (36)
	Mucho	28,7 (19)
	Bastante	12,1 (8)
	Poco	3,0 (2)
¿Alguien de tu círculo cercano ha padecido depresión?	Nada	1,5 (1)
	Sí	87,88 (58)
	No	12,1 (8)

NSE: nivel socioeconómico.

Fuente: elaboración propia.

mental y en procesos de rechazo intergrupar, y psicólogas/os con experticia en el área clínica en atención a personas con depresión y sus familias. Las preguntas siguieron una secuencia progresiva que comenzaba con temas generales sobre salud mental y avanzaba hacia la depresión y las personas que la padecen, orientándose a explorar creencias, emociones y conductas hacia ellas. Por ejemplo: ¿Qué es lo primero que viene a su mente cuando piensa en las personas con depresión?

Las entrevistas fueron realizadas de manera remota mediante Google Meet, tuvieron una duración aproximada de 60 a 90 minutos y estuvieron a cargo de cuatro psicólogas del equipo de investigación (tres con grado de Magíster), dos de ellas vinculadas a la universidad en la que se desarrolla el estudio como estudiantes de doctorado y magister, y las otras dos eran profesionales externas. Todas contaban con experiencia previa en contextos clínicos y laborales, con un rango de entre 2 y 13 años de experiencia profesional. Ninguna tenía relación previa con las/os participantes. Antes a la recolección de datos, participaron en un entrenamiento de cinco sesiones teórico-prácticas orientado a estandarizar la aplicación del protocolo. Este incluyó formación conceptual sobre estigma en salud mental y depresión, ejercicios de juegos de rol orientados al manejo de situaciones emocionalmente complejas. Por último, incluyó la realización de una entrevista simulada mediante Google Meet para reproducir las condiciones del contexto

virtual de recolección de datos. El guion de entrevista no fue piloteado con participantes. Durante el trabajo de campo, el proceso fue supervisado por el equipo de investigación para resguardar la consistencia del procedimiento. Adicionalmente, se recolectaron antecedentes sociodemográficos y clínicos de quienes participaron.

Procedimiento

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la universidad en la que se desarrolla la investigación. El reclutamiento se realizó mediante una convocatoria difundida en redes sociales, que incluía un formulario en línea para la verificación preliminar de los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, las personas elegibles fueron contactadas telefónicamente y se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) [47] como tamizaje para descartar sintomatología depresiva significativa en curso, con fines de resguardo ético. Se utilizó un punto de corte de igual o superior a 10, correspondiente a sintomatología de intensidad moderada a severa [48], que puede indicar tanto un episodio depresivo activo como una remisión incompleta. Por tratarse de un criterio de exclusión con propósito de resguardo y no de diagnóstico, se optó por este umbral conservador a fin de proteger el bienestar de los participantes. De esta forma, quienes obtuvieron un puntaje igual o superior quedaron excluidos de participar en el estudio.

Durante el contacto telefónico se realizó el consentimiento informado, incluyendo objetivos del estudio, formación y rol del equipo entrevistador, condiciones de participación, resguardos éticos, uso de la información y compensación económica por el tiempo y recursos invertidos en participar (\$10 000 CLP). No se comunicó información adicional sobre motivaciones personales o intereses específicos del equipo en el tema. El documento fue enviado por correo electrónico y firmado antes de la entrevista. Si bien las entrevistas se realizaron de forma remota, se solicitó a cada participante estar en un espacio privado y sin otras personas presentes, a fin de resguardar la confidencialidad. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, con autorización de quienes participaron. No se implementó un protocolo sistemático de notas de campo. Al finalizar, se realizó un cierre informativo mediante el envío de una infografía sobre estigma de la depresión con información general y datos de contacto de servicios gratuitos de apoyo en salud mental. La retribución se entregó mediante transferencia bancaria.

Las entrevistas fueron transcritas con Sonix.ai y revisadas manualmente. Durante este proceso, las transcripciones fueron anonimizadas asignando un código a cada participante. Como estrategia de credibilidad, fueron enviadas a los participantes para su revisión, sin que se solicitaran modificaciones. Las transcripciones se guardaron en un disco duro encriptado con clave, al que solo accedió el equipo encargado del análisis de datos. En total, dos personas no completaron su participación: una fue excluida durante el tamizaje por sintomatología depresiva clínicamente relevante y recibió orientación en salud

mental; otra se retiró voluntariamente tras firmar el consentimiento.

Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido con enfoque mixto deductivo-inductivo, con apoyo del software Atlas.ti versión 25, orientado a identificar y clasificar unidades de significado presentes en los relatos de quienes participaron [49]. El análisis se sustentó en la teoría del estigma [27,31], que lo conceptualiza como un fenómeno compuesto por estereotipos, prejuicios y discriminación. Estos componentes se utilizaron como categorías analíticas predefinidas para orientar el proceso de codificación.

La codificación fue realizada por un equipo de siete personas organizado en dos grupos, asignándose cada entrevista dos codificaciones independientes. Este proceso se desarrolló en dos etapas [50]. En la primera, se elaboró un libro de códigos preliminar utilizado como referencia común. En la segunda, se incorporaron códigos y subcategorías emergentes con el fin de describir con mayor precisión los contenidos expresados en las entrevistas. Finalmente, se empleó el método comparativo constante [51], que permitió verificar la pertinencia de las citas respecto de los códigos que las agrupan, así como refinar las categorías analíticas [52]. Los árboles de códigos resultantes del análisis se presentan como material suplementario (ver Material suplementario 1, 2 3).

Reflexividad

El equipo de investigación estuvo integrado por profesionales con formación en psiquiatría y/o psicología social con trayectorias diversas, incluyendo experiencia en investigación sobre estigma de salud mental u otras líneas de investigación, y experiencia personal o familiar de la depresión. Se reconoce que esta diversidad pudo influir de manera variable a lo largo del proceso investigativo, constituyendo tanto un recurso analítico como una fuente potencial de sesgo. Ambos aspectos fueron abordados mediante discusión reflexiva entre quienes integraron el equipo. No se realizó verificación de hallazgos con los participantes del estudio.

RESULTADOS

El análisis de contenido se organizó en tres macrocategorías analíticas: creencias, emociones y conductas dirigidas hacia las personas que viven con depresión.

Creencias sobre personas con depresión

Dentro de esta macrocategoría se distinguieron tres categorías principales:

1. Características afectivas.
2. Características comportamentales.
3. Atribuciones disposicionales.

Las citas ilustrativas se pueden observar en la Tabla 2.

1. **Características afectivas.** Esta categoría agrupa un conjunto de creencias que describen a las personas que viven con depresión, en función de las características emocionales que se les atribuyen. Asimismo, corresponde al tema que emergió con mayor espontaneidad cuando se solicitó describir a una persona con depresión. En estos relatos, las personas con depresión aparecen caracterizadas por un estado predominante de aplanamiento afectivo, desmotivación y tristeza. Adicionalmente, se les caracteriza como personas emocionalmente desbordadas, vulnerables y en permanente riesgo suicida. Se plantea que estas manifestaciones no siempre resultan evidentes para el entorno, especialmente cuando la persona mantiene un comportamiento funcional.
2. **Características comportamentales.** Esta categoría agrupa creencias relativas a las conductas que se atribuyen a las personas que viven con depresión. El aislamiento social aparece como la conducta más frecuente, representando a la persona con depresión como alguien que se mantiene apartada de los demás, permanece en casa o en la cama, reduciendo significativamente sus interacciones sociales. Asimismo, los relatos las caracterizan como ineficientes laboralmente, incapaces de desenvolverse adecuadamente en actividades cotidianas (por ejemplo en lo relativo a higiene personal, trabajo), flojas y como una carga para su entorno. Se las describe también como personas que suelen ocultar su diagnóstico. Ello refuerza la percepción de que resulta difícil relacionarse adecuadamente con quienes padecen depresión.
3. **Atribuciones disposicionales.** Esta categoría agrupa creencias que describen a las personas con depresión a partir de rasgos personales que se consideran estables. Entre las más reportadas destacan la idea de que son incapaces de recuperarse, que necesitan atención constante y son débiles. Estas atribuciones en algunos relatos se vinculan a explicaciones sobre el origen de la depresión, centradas en características individuales de quien la padece. Asimismo, se las describe como personas raras, locas, negativas y exageradas. Estas últimas atribuciones mostraron mayor variabilidad entre los participantes, dado que no son suscritas por todos, sino que son frecuentemente reconocidas como ideas de su entorno social.

Emociones hacia personas con depresión

Las emociones se organizaron en torno a tres categorías:

- a. Emociones compasivas.
- b. Emociones defensivas y malestar.
- c. Desconexión afectiva.

Los ejemplos pueden observarse en la Tabla 3.

Table 2. Ejemplos de citas ilustrativas de macrocategoría "creencias".

Categoría	Cita
Características afectivas	"Pues como no, no, nada muy positivo. Como desánimo, desaliento, desesperanza y como no, no tener la capacidad de ver el lado bueno de las cosas o de las situaciones". (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio bajo). "Es que se quieren..., tienen instinto a matarse. O sea, porque... Se sienten que no pueden salir adelante. Es porque no piden ayuda". (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE bajo).
Características comportamentales	"La depresión es para mí..., tiene que ver con una persona ya aislada, cierto. En esta imagen que yo veo (...) de la persona que está en la cama, que no sale, que le cuesta salir, que no sociabiliza, que no habla del tema, que dice que está bien. Todo esto es a una persona ahí hermética, aislada, auto refugiada y que no sale de su zona de confort, ni de miedo, ni nada... (...) Pero también, porque se refugia en eso". (Hombre, con antecedente de depresión, NSE medio). "Ay, fulanita está mal'. Entonces tiene una connotación de flojo, que quieres sacar la vuelta, o que está ahí loco, o a lo mejor no estás apto para el cargo que estás desempeñando". (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio). "Yo creo que es súper difícil saber. O sea, saber que si es que alguien tiene o no tiene depresión (...), como con gente que está muy bien, y que tú compartes todos los días, y que te da mucha risa, o comparten momentos súper agradables, y tú lo miras y decís '¿cómo va a tener depresión?' ¿Cachai? Si es que no lo supieras. No, no... Y así también, hay gente que le afecta como de otra forma y se apagan". (Mujer, con antecedentes de depresión, NSE medio bajo). "Lo recuerdo perfectamente como una carga. Ya me sentía como una carga, incluso como para mis amigos más cercanos, con los que yo creía que eran mis amigos más cercanos. Y me sentía como una carga, como ya, como algo incómodo de tener cerca en esos momentos". (Hombre, con antecedente de depresión, NSE medio bajo).
Atribuciones disposicionales	"Yo creo que, bueno, esto (...) pasaba más antes. Pero creo que algo debe haber aún de eso, que lo asociaban mucho como una debilidad de la persona. Sí, como que esta persona (...) no es tan fuerte como lo normal, digamos. Y por eso, por eso se deprime en circunstancias que otra persona no solo estaría triste, o que sería una cosa más pasajera, digamos. Creo que eso se (ve) aún todavía". (Hombre, sin antecedente de depresión, NSE medio bajo). "Bueno, está este otro grupo que piensan que son personas demasiado.... que no tienen fortaleza interior. Son personas débiles mentalmente. Por lo tanto, incluso no podrían no tener que ocupar cargos de relevancia por tener esa condición de ser débiles emocionalmente o mentalmente. Entonces los ven como personas que están en depresión porque, prácticamente, quieren estar en depresión". (Hombre, sin antecedente de depresión, NSE muy alto).

NSE: nivel socioeconómico.

Citas corresponden a subcategorías de "creencias" sobre personas con depresión.

Fuente: elaboración propia.

1. **Emociones compasivas.** Esta categoría agrupa emociones orientadas al reconocimiento del sufrimiento de quienes viven con depresión. Las más reportadas fueron la tristeza y la preocupación, las que tienden a experimentarse con mayor intensidad cuando existe un vínculo cercano, así como empatía y comprensión. En algunos relatos también aparecieron la lástima y la desesperanza frente a la percepción de que la persona difícilmente logrará recuperarse. Estas últimas dos emociones fueron interpretadas de manera divergente por las personas entrevistadas, pues quienes no tenían antecedentes de depresión las connotaron positivamente, mientras que quienes sí la han padecido las consideran estigmatizantes.
2. **Emociones defensivas y malestar.** Esta categoría agrupa emociones negativas que emergen en la interacción con personas que viven con depresión, y que expresan malestar interpersonal y reacciones defensivas. La emoción más frecuentemente reportada fue el miedo a que la persona empeore o se suicide, lo que puede motivar un trato paternalista. También se reportó

impotencia ante la percepción de no poder ayudar de manera significativa. Adicionalmente, se reportó rabia hacia la persona con depresión, vinculada a la creencia de que su recuperación depende de su voluntad. Esta emoción se reporta mayoritariamente como una reacción de personas del entorno y no de las y los participantes. Junto con ello, se señala el cansancio en la interacción con personas con depresión, sobre todo de su entorno más cercano, vinculado a la creencia (antes mencionada) de que la persona es una carga para ellos. Finalmente, los relatos relevan emociones de incomodidad y ansiedad en la interacción social con personas con depresión, que llevaría a una mayor cautela en la interacción, debido al temor de cometer errores que puedan tener efectos negativos, como inducir pensamientos suicidas. La interpretación de esta cautela difirió entre los participantes. Mientras algunos la comprendieron como una manifestación de preocupación y cuidado, quienes tenían antecedentes de depresión con mayor frecuencia la significaron como una forma de exclusión social.

Table 3. Ejemplos de citas ilustrativas de macrocategoría “emociones”.

Categoría	Cita
Emociones compasivas	“Sí, estaban tristes por mí, por... a todos los que le afectó esta noticia. Entonces el... yo creo que era la tristeza, era el sentimiento que más prima tanto por mí, como por lo que había pasado”. (Hombre, con antecedente de depresión, NSE medio).
	“Preocupación porque uno sabe que cuando alguien tiene depresión es como estar en un hoyo y para salir de ahí uno no sale solo, (e...) o sea, uno tiene que hacer cosas por sí mismo, pero también te tienen que ayudar los otros a salir de ese hoyo. No es fácil”. (Mujer, con antecedente de depresión, NSE medio bajo).
	“Sinceramente, lo que me pasa así hablando en términos generales, como que yo veo una persona y claro, y no sé, voy viendo que tiene depresión. Lo que me genera... yo creo que como un sentimiento, de como de compasión yo diría, porque entiendo que es algo complejo, no es cierto, de vivir”. (Hombre, sin antecedente de depresión, NSE medio bajo).
	“Yo creo que cuando saben los tratan bien, como... no como el raro, pero sí como (...) un poco lastimoso”. (Hombre, sin antecedentes de depresión, NSE medio).
	“Sí, también sentí algo como de compasión, pero de una compasión media incómoda... como lástima, quizás. Esas personas me hicieron sentir que les di lástima”. (Hombre, con antecedentes de depresión, NSE bajo).
Emociones defensivas y malestar	“Principalmente yo creo que una cosa es el miedo a que la persona no se recupere y que, por ende, o viva toda su vida en depresión o que cometa suicidio. Es el terror más grande, yo creo”. (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio bajo).
	“Con cautela seleccionaban las palabras que utilizaban los temas de conversación. Era más que nada eso, si eran bien cautelosos conmigo. Como que igual me sentí un poco ¿cómo se puede decir? excluido. Puede ser porque a veces no me... no me sentía participe por esa misma situación, porque como que eran muy cautelosos y a veces no, no querían, no podían ser al 100% conmigo”. (Hombre, con antecedentes de depresión, NSE bajo).
	“Yo lo primero que siento, creo que es como impotencia. Porque es como de ‘te quiero ayudar’, pero uno... no sé cómo hacerlo bien, porque no siempre voy a conocer cuál es tu situación y tampoco voy a tener todas las herramientas para hacerlo. O sea, no tengo todas las herramientas como para ayudarte psicológicamente. Y no, no tengo todas las herramientas para ayudarte en tu situación particular”. (Hombre, sin antecedente de depresión, NSE medio alto).
	“Ay, he visto de todo. Incluso rabia... no sé... ¿cómo vas a estar deprimido? si eres joven, eres... no sé bonita, eres tanto... tanto y yo también debo haber caído alguna vez en eso”. (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio).
Desconexión afectiva	“Yo creo que a la mayoría le da lo mismo. O sea, yo creo que la mayoría no se hace esa pregunta o no le importa o vive en su mundo, porque la gente está re egoísta”. (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio bajo).
	“Es que no le dan importancia. Como que hay gente que en realidad piensa que la depresión, más que nada, es un juego. (...) Entonces no le dan importancia e intentan hacerte sentir mal con ciertos comentarios o cosas así”. (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio).
	“Yo siento que (...) no las toman en serio. Como que dicen ‘tiene depresión’, ‘está triste’, ‘anda llorando’. He escuchado también muchos comentarios de esos de ‘se está cortando para llamar la atención’ o ‘se quiere matar solamente porque le pasó esto o esto otro’. Entonces esos comentarios sí afectan”. (Mujer, con antecedentes de depresión, NSE medio).
	“Yo creo que a los compañeros de trabajo literalmente no les importa, excepto que sea un buen compañero tuyo. No sé, pero yo creo que compañeros de trabajo, de curso, de... no. Viven su vida normal y se preocupan de sus problemas”. (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio bajo).

NSE: nivel socioeconómico.
Citas desglosadas en categorías de “emociones” hacia personas con depresión.
Fuente: elaboración propia.

3. **Desconexión afectiva.** Esta categoría agrupa relatos que expresan distancia emocional frente al sufrimiento de las personas que viven con depresión. La emoción más reportada fue la indiferencia, la cual es interpretada por algunos participantes como característica de la sociedad chilena, percibida como crecientemente individualista. Asimismo, esta respuesta se vinculó con creencias que invalidan la depresión como enfermedad. Según los relatos, el ámbito laboral sería el espacio donde esta respuesta aparece con mayor frecuencia, especialmente entre personas sin vínculos cercanos.

Conductas hacia personas con depresión

Los hallazgos sugieren que la forma de interactuar con las personas con depresión depende del vínculo previo que se tenga con ellas, de modo que la cercanía afectiva parece modular el tipo de conducta desplegada. Asimismo, aunque se menciona que el conocimiento sobre la depresión habría aumentado, ello no necesariamente se ha traducido en una disminución de las conductas discriminatorias hacia quienes la padecen. A partir del análisis de los relatos, estas conductas se organizaron en cuatro categorías principales:

- a. Sobreprotección.
- b. Distanciamiento social.
- c. Invalidación y juicio.

d. Guiones de interacción.

En la Tabla 4 se presentan las citas ilustrativas.

Sobreprotección. Esta categoría agrupó acciones orientadas a supervisar y dirigir el comportamiento de la persona con depresión. Las prácticas descritas adoptan tres formas principales:

- a. **Monitoreo**, referido a mantenerse alerta y vigilante a las acciones de la persona con depresión junto con acciones de cuidado acompañadas de sugerencias, especialmente en relación con la búsqueda de ayuda profesional.
- b. **Presión e insistencia**, referida a solicitudes directas y a veces recurrentes para que la persona cambie su comportamiento o estado emocional. Desde la perspectiva de quienes las han experimentado, estas prácticas pueden resultar estigmatizantes, al ser interpretadas como cuestionamientos a su forma de comportarse o como expectativas de que deberían sentirse mejor.
- c. **Infantilización**, referida a formas de trato caracterizadas por la atribución de fragilidad, la sobreprotección y el uso de lenguaje infantilizado hacia la persona con depresión (por ejemplo a través del uso de diminutivos).

Distanciamiento social. Esta categoría agrupó conductas de rechazo o exclusión hacia las personas con depresión. Entre las más frecuentes se mencionó la evitación. Estas prácticas aparecen vinculadas a la necesidad de protegerse del desgaste que puede generar la interacción con personas que viven con depresión.

Invalidación y juicio. Esta categoría agrupó conductas dirigidas hacia personas con depresión que implican deslegitimar su malestar. Estas conductas se expresaron en el cuestionamiento del diagnóstico o de la veracidad del sufrimiento, bajo la idea de que no existirían razones suficientes para tener depresión.

Guiones de interacción. Esta categoría reunió relatos sobre lo que los participantes consideran adecuado hacer en la interacción con una persona con depresión. Estas conductas se organizaron en dos subcategorías:

- a. **Evasión**, que incluye evitar hablar sobre temas relacionados con la depresión y la muerte, ser condescendiente en el trato, abordar con delicadeza los temas tristes e intentar distraer a la persona con actividades lúdicas. Mientras algunas de estas conductas fueron descritas como formas de protección orientadas a evitar malestar adicional, participantes con antecedentes de depresión señalaron que podían traducirse en experiencias de exclusión, particularmente cuando implicaban ser omitidos de conversaciones relevantes o recibir únicamente información positiva sobre acontecimientos compartidos.

- b. **Apoyo e inclusión**, que reúne conductas como la escucha activa, el acompañamiento, la contención, el motivar a la persona y validar su malestar.

DISCUSIÓN

Esta investigación exploró las creencias, emociones y conductas de personas adultas chilenas hacia quienes viven con depresión. Los hallazgos muestran que estos contenidos difieren en su carácter estigmatizante, dado que algunos no constituyen expresiones de estigma, mientras que otros resultan controvertidos, en la medida en que su clasificación como tal depende de la forma en que son significados por quienes participaron en el estudio. De este modo, el estigma de depresión no emerge como un fenómeno uniforme, sino como un conjunto de expresiones heterogéneas que, en distintos grados, pueden comprenderse como estereotipos, prejuicios y discriminación.

Respecto de las creencias sobre las personas con depresión, tanto en las características afectivas como en las comportamentales, se observan contenidos que coinciden parcialmente con manifestaciones de la depresión reconocidas en los sistemas diagnósticos en salud mental, junto con otros de carácter más estereotípico. Por una parte, la vinculación entre depresión y tristeza, desesperanza, pensamientos de muerte o suicidio, retraimiento social y dificultades en el funcionamiento cotidiano; resulta consistente, al menos en parte, con los criterios diagnósticos descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas (del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) [53] y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11° revisión (CIE-11) [54], lo que podría reflejar cierto grado de alfabetización en salud mental [55]. Sin embargo, también emergen contenidos sesgados y estigmatizantes, como la idea de un desborde emocional permanente, la asociación generalizada entre depresión y suicidio, o la caracterización de estas personas como flojas o una carga para los demás. Esta lógica se expresa con mayor claridad en las atribuciones disposicionales, donde la depresión se interpreta como reflejo de rasgos personales estables. Así, características como debilidad, exageración, ineficiencia laboral, incapacidad para recuperarse, necesidad de atención constante, rareza o exageración; no describen el cuadro depresivo, sino que lo resignifican como una falla individual.

Respecto de las emociones, los hallazgos sugieren que no todas pueden comprenderse como prejuicio hacia las personas con depresión. Emociones como la preocupación, el cuidado, la empatía y la comprensión se vinculan más bien a respuestas prosociales, especialmente cuando emergen en contextos de cercanía relacional [56]. Otras, en cambio, podrían resultar ambiguas en su interpretación. El malestar, expresado en el miedo a que la persona se dañe a sí misma o en la ansiedad e incomodidad durante la interacción, parece vincularse a respuestas de sobreprotección o paternalismo. Sin embargo, en

Table 4. Ejemplos de citas ilustrativas de macrocategoría “conductas”.

Categoría	Cita
Sobrepotección	Monitoreo "Precaución, la precaución de saber cómo está, llamarlo en la mañana, preguntarle cómo está, si se va a levantar, qué va a hacer. Tratar de siempre estar al día de sus movimientos diarios. Porque esta depresión no puede... no es que uno quiera matarse, sino que uno hace cosas sin pensar y un accidente cualquiera te puede matar. Pero porque no tienes ganas de cuidarte. No es que tú vayas directamente ahí a hacer algo". (Hombre, con antecedentes de depresión, NSE alto).
	"Sería un estado de alerta, sería tratar de cómo ayudar, pero en el sentido de darle el conocimiento de que tiene que hacer algo, buscar ayuda profesional... Sería como más de guía, por decirlo así". (Hombre, con antecedentes de depresión, NSE medio).
	Presión e insistencia "Como que los demás me exigían que bueno, en ese momento como mi familia ya me exigían que me sintiera bien y era eso como esa creencia también que habíamos al principio, como de que 'ah ya, hay personas que lo están pasando muy mal y que tienen enfermedades y tú no tienes ninguna enfermedad' y como que tienes que salir de ahí". (Mujer, con antecedentes de depresión, NSE bajo).
Distanciamiento social	Infantilización "Yo creo que se produce mucho paternalismo y mucho... O una mirada que como 'ya se te va a pasar', una mirada más de niño". (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio). "Me decía '¿cómo está tu cabecita?... como en el trato, en el preguntarte '¿cómo has estado?'". (Hombre, con antecedente de depresión anterior, NSE alto).
	"De hecho, creo que la depresión espanta. Además, nadie se quiere juntar con alguien que tiene depresión. Nadie te conversa teniendo depresión. O sea, ahí se genera como un aislamiento, como entre que las personas no saben cómo hablarle a alguien deprimido y tampoco se quieren deprimir con alguien deprimido. Y brutal". (Mujer, con antecedentes de depresión, NSE alto).
	"Y claro, ¿qué pasa? De repente las personas no sienten que tienen tanta cercanía o tanto contacto con las personas, y se aleja no más, por eso mismo. Porque está ahí, porque también quiere protegerse ella. Porque es algo complejo. Es algo complejo e interactuar y estar con una persona que está viviendo un episodio depresivo es súper complejo". (Hombre, con antecedente de depresión, NSE medio alto).
Invalidación y juicio	"En el caso de amistades, el que también me ha tocado, más también uno va tomando un poco de distancia. Al principio uno es más, más cercana de estar llamando, preguntando cómo está en tratar de juntarse, de ir a visitar. Pero con el tiempo uno igual se va, se va alejando porque uno no quiere estar involucrada en situaciones así, porque como te decía, te va quitando energía". (Mujer, con antecedente de depresión, NSE alto).
	"¿Ah, pero cómo te vas a ahogar en un vaso de agua? ¿Es una tontera lo que te está pasando? O sea, tú tienes que levantarte, salir adelante y seguir como tienes que continuar nomás y como que fuera una carrera, así como que es de... tiene un principio y un fin, y todos vamos hacia adelante. Entonces como si tú te quedas detenido ¿Está fallando así no? No te puedes quedar detenido". (Mujer, con antecedentes de depresión, NSE alto).
(Continued)	"Como tratar de acordar como lo que me ha pasado a mí es como principalmente como que minimizan, minimizan en el como... 'ay, pobrecito'. Principalmente eso, desde lo estoy viendo súper, súper desde la parte laboral, porque es como lo que más tengo recuerdo y de lo de cómo me lo abordaron conmigo". (Hombre, con antecedentes de depresión, NSE medio).

(Continued)

Categoría	Cita
Guiones de interacción	"Entonces yo le dije 'Papá, yo sé que yo necesito ir al psiquiatra, necesito ayuda'. Y en ese momento también la respuesta fue como, 'pero estás terminando tu carrera, te van a entregar tu casa, tienes un hijo, como que está todo bien ¿por qué no lo puedes ver?'". (Mujer, con antecedentes de depresión, NSE bajo). Evasión "Yo creo que igual, en general, la gente como que se anda con más cuidado creo yo, cuando están o saben que están relacionándose con alguien que tiene depresión. Como de no sé, de no hablar de ciertos temas o de no preguntarle ciertas cosas. Quizás para (...) como prevenir cualquier tipo de crisis en la persona que tiene depresión o algo así". (Mujer, sin antecedente de depresión, NSE medio). "Uno trata de ser como más suave con esa persona, tratarla como más, como si fuese una persona frágil, como un jarrón que no se puede romper ya. ¿Cómo abordar? ¿Cómo decir las palabras correctas para que la persona no se sienta mal? Cuando a veces ni siquiera es que uno esté utilizando palabras incorrectas, pero a veces uno cree que está usando palabras incorrectas, como siendo lo más suave posible con esa persona". (Mujer, con antecedente de depresión, NSE medio bajo). Apoyo e inclusión "Apoyándolo, no dejándolo solo es que es difícil. La depresión pasa por altos niveles, entonces dependiendo del nivel es como el apoyo que uno le va entregando. Por ejemplo, en depresiones más bajas... uno va como apoyando, abrazando a la persona cuando ayuda. Pero por ejemplo, depresión es más alta que no me ha tocado, pero depresiones que son mucho más altas en que uno no puede casi dejar sola a la persona porque puede correr el riesgo la persona de, no sé, suicida, querer suicidarse o cosas así". (Hombre, sin antecedentes de depresión, NSE medio). "Finalmente lo que uno tiene que tratar de hacer es escuchar, y tratar un poco como de que esa persona sienta que se le están como abriendo puertas, como para poder ser comprendida y atendida". (Mujer, sin antecedentes de depresión, NSE alto). "Les daba pena, como mencionaba. Yo creo que no sabía... no sabían cómo abordar la situación de ese momento en que yo estaba pasando. Tampoco le ponían un nombre, como decir 'ella tiene esto' por ejemplo 'depresión' o algo, sino que como que no sabían lo que era, porque aparte venía también con el dolor de estómago. (...) Pero siempre como que me daban su apoyo, como que se mostraron más cariñosos en ese tiempo, como decir 'ya no importa, no vaya al colegio, no quiere ir'" (Mujer, con antecedentes de depresión, NSE bajo).

NSE: nivel socioeconómico.
Citas desglosadas en categoría "conducta" hacia personas con depresión.
Fuente: elaboración propia.

la experiencia de las personas entrevistadas, estas emociones son significadas como una forma de exclusión. La indiferencia, aunque es descrita como característica del contexto social chileno, es vivida por quienes tienen depresión como una forma de invalidación personal. Del mismo modo, la lástima, aunque puede presentarse como una reacción compasiva, también es significada como una forma de desvalorización. Esto coincide con la literatura sobre prejuicio paternalista, según la cual ciertos grupos pueden suscitar lástima, simpatía y protección, pero a la vez ser posicionados como menos competentes y menos autónomos, dando lugar a formas sutiles de exclusión [57,58]. Finalmente, la rabia aparece como la emoción más claramente prejuiciosa, y se articula con la idea de que la recuperación depende de la voluntad individual, reforzando atribuciones de responsabilidad personal sobre la depresión. Esto coincide con la literatura internacional sobre estigma de depresión, en la que la recuperación suele asociarse a factores volitivos [2,59].

En la dimensión conductual, los hallazgos muestran un amplio repertorio de comportamientos hacia las personas con depresión. Entre ellos se identifican conductas de apoyo social, así como formas de discriminación tanto manifiestas como sutiles. La distancia social aparece, en línea con la literatura, como uno de los principales mecanismos de exclusión social [60,61]. Los relatos la vinculan al desgaste emocional y la incomodidad que implica la interacción con personas con depresión. Del mismo modo, la invalidación del diagnóstico y el cuestionamiento de la legitimidad de la depresión son formas explícitas de discriminación [2,61]. Junto con ello, emergen formas ambivalentes, en las que el cuidado se mezcla con compasión, paternalismo y control. En este marco, los hallazgos relativos al monitoreo y la presión requieren una interpretación cuidadosa. En contextos clínicos específicos, particularmente ante cuadros depresivos graves o con riesgo suicida, el monitoreo constituye una práctica recomendada y una expresión de apoyo social consistente con las indicaciones terapéuticas. Desde esta perspectiva, dichas conductas no pueden ser consideradas intrínsecamente estigmatizantes. Sin embargo, nuestros resultados sugieren que, cuando estas respuestas emergen de manera generalizada ante la sola presencia de depresión, independientemente de la gravedad del cuadro o de las necesidades expresadas por la persona, pueden adquirir un significado diferente. Diversos participantes describieron estas conductas como experiencias de vigilancia, sobreprotección o pérdida de autonomía. Esta interpretación es consistente con el modelo del contenido del estereotipo [58], que describe formas paternalistas de prejuicio caracterizadas por una combinación de preocupación y percepción de incompetencia, cuyo correlato conductual incluye la sobre ayuda, la protección excesiva y la supervisión. De manera convergente, Link y Phelan [21] sostienen que el estigma no se limita al rechazo abierto, sino que también puede manifestarse mediante prácticas que reducen la autonomía de las personas y refuerzan relaciones asimétricas de poder. Asimismo, Corrigan

y Watson [27] señalan que respuestas aparentemente benevolentes, como la lástima y sobre ayuda, pueden constituir formas de estigmatización al implicar una percepción de incapacidad. En consecuencia, el significado social del monitoreo parece depender del contexto y de la forma en que es experimentado por quienes viven con depresión.

Esta complejidad también se observa en los guiones de interacción. Aunque la evasión de ciertos temas puede entenderse como una forma de protección, resulta problemática cuando implica silenciar el malestar, sobre todo porque contradice las recomendaciones internacionales sobre prevención del suicidio, que enfatizan la necesidad de reducir el estigma, favorecer conversaciones abiertas sobre el suicidio y promover respuestas de escucha [62]. En contraste, las conductas de apoyo e inclusión son respuestas prosociales, alineadas con las recomendaciones de primeros auxilios en salud mental. En línea con evidencia internacional, estos hallazgos reflejan la coexistencia de experiencias de apoyo y de formas ambivalentes de interacción en la vida cotidiana [63].

De manera transversal a todos los componentes previamente revisados, un hallazgo relevante es que diversas respuestas asociadas a la preocupación o la protección adquieren significados distintos según cómo son experimentadas por quienes viven con depresión. Mientras algunos participantes las describen como expresiones de apoyo, otros las interpretan como formas de exclusión, invalidación, pérdida de autonomía o estigmatización. Estas diferencias fueron especialmente visibles en relación con emociones como la lástima y la desesperanza, así como en prácticas de monitoreo, evasión, cautela e insistencia. En este sentido, el carácter potencialmente problemático de determinadas respuestas no depende únicamente de la intención con que son realizadas, sino también de los significados que les atribuyen quienes las reciben.

Más allá de los componentes del estigma, los hallazgos además señalan al ámbito laboral como uno de los espacios donde el estigma de depresión se expresa con mayor fuerza, lo que lo vuelve un contexto especialmente relevante para la intervención. En esta línea, la literatura sugiere que las estrategias basadas en el contacto con personas del grupo estigmatizado figuran entre las más eficaces para reducir el estigma [63]. Dado que en los espacios de trabajo convergen personas diversas en interacciones sostenidas en torno a objetivos comunes, estos podrían ofrecer condiciones favorables para este tipo de intervención. En el contexto chileno, esto refuerza la pertinencia de desarrollar estrategias de reducción del estigma en espacios laborales. Sin embargo, su efectividad no depende solo del contacto, sino de condiciones institucionales que promuevan interacciones respetuosas y no discriminatorias [63].

Entre las fortalezas del estudio, destaca la inclusión de participantes con distintas características sociodemográficas, lo que favorece la transferibilidad de los hallazgos dentro del contexto estudiado. Asimismo, la metodología permitió

identificar configuraciones del estigma de depresión que podrían pasar inadvertidas mediante la utilización de instrumentos desarrollados en otros contextos culturales. En este sentido, estos hallazgos son un insumo relevante para desarrollo de instrumentos de medición del estigma de depresión en Chile. Estos permitirán caracterizar dicho fenómeno, junto con examinar su relación con indicadores de salud mental y conductas de ayuda. Futuros estudios con diseños cuantitativos permitirían corroborar si los contenidos cuya pertenencia al constructo resultaron ambiguos, además de evidenciar validez empírica como componentes del mismo.

No obstante, estos resultados deben interpretarse considerando algunas limitaciones. En primer lugar, la alta proximidad social de parte importante de la muestra con personas que han vivido depresión pudo haber influido en los resultados al favorecer mayores niveles de alfabetización en salud mental y una comprensión más situada del fenómeno. Esto podría asociarse tanto a una menor expresión de estigmatización explícita como a una mayor capacidad para reconocerla en contextos cotidianos. En este sentido, la experiencia directa o indirecta con la depresión puede influir tanto en la disposición a expresar actitudes estigmatizantes como en la forma de interpretarlas, especialmente en conductas ambiguas.

En segundo lugar, el cierre muestral respondió al cumplimiento de cuotas definidas *a priori* y no al criterio de saturación teórica, lo que implica que esta no fue monitoreada durante el trabajo de campo. Sin embargo, la estrategia de variación máxima, junto con estratificación por variables relevantes y la diversificación geográfica, buscó favorecer la suficiencia de los datos a través de la cobertura de perspectivas heterogéneas.

Adicionalmente, dos entrevistadoras participaron en la validación del guion, la conducción de las entrevistas y posteriormente se integraron al proceso de codificación, lo que podría haber influido en la interpretación de los datos. Para reducir este riesgo, el análisis fue realizado por un equipo de siete codificadores, cinco de ellos sin participación en el trabajo de campo, mediante codificación independiente, triangulación de resultados, capacitación previa y supervisión continua.

Finalmente, aunque el diseño muestral incorporó variables relevantes para favorecer la diversidad de perspectivas, el estudio no tuvo como objetivo comparar sistemáticamente las manifestaciones del estigma entre los distintos grupos incluidos. Futuras investigaciones podrían profundizar en posibles variaciones en la configuración del estigma según distintos grupos sociales. En particular, resulta relevante explorar potenciales diferencias de género, considerando la mayor prevalencia de depresión en mujeres, tanto a nivel nacional como internacional. Asimismo, diversos estudios han documentado mayores niveles de estigmatización hacia los problemas de salud mental entre los hombres, así como actitudes menos favorables hacia el reconocimiento del malestar psicológico y la búsqueda de ayuda [37,40–42]. Del mismo modo, el ámbito laboral emergió en los relatos de los participantes como un espacio especialmente relevante para la reproducción de

prácticas estigmatizantes hacia las personas con depresión, por lo que futuras investigaciones podrían examinar con mayor detalles las características y consecuencias de estas experiencias.

CONCLUSIÓN

Este estudio muestra que el estigma hacia la depresión en Chile no se expresa únicamente a través del rechazo abierto, sino también mediante formas sutiles y ambivalentes que pueden resultar igualmente dañinas. Esto tiene implicancias directas para la salud pública: las estrategias antiestigma que se centren solo en expresiones abiertamente negativas pueden pasar por alto formas de trato que, aunque no sean percibidas como hostiles, contribuyen igualmente a la exclusión y al sufrimiento.

La evidencia situada que este estudio aporta sobre el fenómeno en Chile, puede así orientar el diseño de intervenciones y políticas de salud mental culturalmente pertinentes.

Roles de autoría NSO: conceptualización, metodología, obtención de financiamiento, supervisión, análisis formal, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito. MJSF: investigación, análisis formal, gestión de referencias, revisión y edición del manuscrito. CSF: conceptualización, supervisión, revisión y edición del manuscrito. TAJ: administración del proyecto, investigación, análisis formal, gestión de referencias, revisión y edición del manuscrito. RAM: conceptualización, supervisión, revisión y edición del manuscrito.

Agradecimientos Agradecimientos Agradecemos a María José Segú, Catalina Vera, Yusting San Martín y Catalina Becerra por su labor como entrevistadoras. Asimismo, agradecemos a las personas expertas por experiencia por sus aportes y por su participación en el estudio.

Conflictos de intereses Las autoras y el autor declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento Este estudio fue financiado por el Proyecto FONDECYT Regular N°1240745. El financiador no tuvo ningún rol en el diseño del estudio, la recolección de datos, el análisis, la interpretación de los resultados ni en la redacción del manuscrito.

Declaración de uso de modelos de inteligencia artificial Se utilizaron herramientas de inteligencia artificial únicamente para la traducción del resumen al inglés. Estas herramientas no fueron utilizadas para el análisis de datos, la interpretación de resultados ni la elaboración de conclusiones.

Registro del protocolo No cuenta con protocolo registrado.

Aspectos éticos Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de la Universidad de La Frontera (Acta N°040/24, fecha 08/04/2023). Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su participación.

Declaración de acceso a datos Los datos que sustentan los hallazgos de este estudio están disponibles previa solicitud a la autora de correspondencia.

Anexos El material suplementario vinculado a este trabajo, se encuentra disponible en <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/NUKHW>

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por cuatro pares revisores, todos en doble anónimo.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. In: Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness 2023 [Internet]. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
2. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*. 2008;8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25> <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25>
3. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. 2007;190: 192–3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
4. Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado R, Tapia E, Lips W, et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2016;38: 73–85. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1652> <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1652>
5. Sapag JC, Sena BF, Bustamante IV, Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano F, et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health*. 2018;13: 1468–1480. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1356347> <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1356347>
6. In: World Health Organization. Depressive disorder 2025 [Internet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Ustün TB, Kessler RC. Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *Br J Psychiatry*. 2002;181: 181–3. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.181> <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.181>
8. Ministerio de Salud de Chile. In: Construyendo salud mental 2024 [Internet]. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf
9. Subsecretaría de Salud Pública de Chile. In: Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 2016. <https://www.Minsal.cl/Encuesta-Nacional-de-Salud-2016-2017/>
10. Bravo D, Errazuriz A, Contrucci I, Campos D. Termómetro de la salud mental ACHS-UC 2025. Pontificia Universidad Católica de Chile- Asociación Chilena de Seguridad 2025. <https://www.achs.cl/termometro-salud-mental>
11. Luna E, Pikhart H, Peasey A. Association between depressive symptoms and all-cause mortality in Chilean adult population: prospective results from two national health surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2024;59: 1003–1012. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02534-9> <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02534-9>
12. Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, et al. Comorbid depression in medical diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6: 69. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2> <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>
13. Hirschfeld RMA, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S, Schatzberg AF, Moller H-J, et al. Social Functioning in Depression. *J Clin Psychiatry*. 2000;61: 268–275. <https://doi.org/10.4088/JCP.v61n0405> <https://doi.org/10.4088/JCP.v61n0405>
14. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*. 2008;192: 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107> <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
15. World Health Organization. In: Depression: fact sheet [Internet]. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
16. König H, König H-H, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29: e30. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000180> <https://doi.org/10.1017/S2045796019000180>
17. Sobocki P, Ekman M, Ågren H, Runeson B, Jönsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract*. 2008;60: 791–798. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2006.00997.x> <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2006.00997.x>
18. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*. 2002;324: 1470–1. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470> <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>
19. Corrigan P. The stigma of disease and disability: understanding causes and overcoming injustices. Washington (DC): American Psychological Association; 2014.
20. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. London: Simon and Schuster; 2009.
21. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27: 363–385. <https://www.annualreviews.org/toc/soc/27/1> <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
22. Fox AB, Earnshaw VA, Taverna EC, Vogt D. Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma Health*. 2018;3: 348–376. <https://doi.org/10.1037/sah0000104> <https://doi.org/10.1037/sah0000104>
23. Dovidio J, Hewstone M, Glick P, Esses V. The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination. London: SAGE; 2010.
24. Stangor C. The study of stereotyping, prejudice, and discrimination within social psychology: a quick history of theory and research . In: Nelson TD, Editor Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination New York: Psychology Press 2009:1–22.
25. Pescosolido BA, Martin JK. The Stigma Complex. *Annu Rev Sociol*. 2015;41: 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702> <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>
26. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2010;71: 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.015>

- socscimed.2010.09.030 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
27. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1: 16–20.
 28. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000;7: 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
 29. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40: 51–54. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
 30. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59: 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
 31. Corrigan PW. In: On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2005. <https://doi.org/10.1037/10887-000>
 32. Monteith LL, Pettit JW. Implicit and Explicit Stigmatizing Attitudes and Stereotypes About Depression. *J Soc Clin Psychol*. 2011;30: 484–505. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.5.484>
 33. Barry C, McGinty E. In: Stigma and Public Support for Parity and Government Spending on Mental Health: A 2013 National Opinion Survey 2014;65:1265–8 [Internet]. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300550>
 34. Mekonen T, Ford S, Chan GCK, Hides L, Connor JP, Leung J. What is the short-term remission rate for people with untreated depression? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;296: 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.046>
 35. Mohamed OGN, Mohamed EGN, Ahmed R, Aburas L, Ali M, Hamdan HZ. Depression, Anxiety, and Stress among Sudanese Medical Students during the COVID-19 Lockdown Period. *Open Access Maced J Med Sci*. 2022;10: 1365–1371. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9432>
 36. Zhamaliyeva L, Batyrova A, Ablakimova N, Veklenko G, Malsova B, Tautanova A, et al. Global research trends on depression-related stigma in the 21st century: a bibliometric analysis. *Glob Health Action*. 2026;19. <https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2612390>
 37. Cheon BK, Chiao JY. Cultural Variation in Implicit Mental Illness Stigma. *J Cross Cult Psychol*. 2012;43: 1058–62. <https://doi.org/10.1177/0022022112455457>
 38. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*. 2007;64: 1524–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
 39. Vásquez D, Altimir C, Ocampo Lopera DM, Reinel Pineda MC, Espinosa D, Mesa Posada C, et al. Del malestar a la depresión: dinámicas en la construcción del significado personal de la experiencia de la depresión. *rev CES psicol*. 2020;13: 142–161. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.9>
 40. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*. 2005;4: 106–13.
 41. Lee YJ, Christ R, Mbabazi R, Dabagia J, Prendergast A, Wykoff J, et al. Differences in Mental Illness Stigma by Disorder and Gender: Population-Based Vignette Randomized Experiment in Rural Uganda. *PLOS Ment Health*. 2024;1. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000069>
 42. Salinas-Oñate N, Gómez-Pérez D, Cancino M, Ortiz MS, Salazar-Fernández C, Olivera MP. Problemas de salud mental en universitarios durante la pandemia por COVID-19: ¿qué tipo de ayuda buscan? *Ter Psicol*. 2023;41: 19–38. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082023000100019>
 43. Pybus K, Pickett KE, Lloyd C, Wilkinson R. The socioeconomic context of stigma: examining the relationship between economic conditions and attitudes towards people with mental illness across European countries. *Front Epidemiol*. 2023;3. <https://doi.org/10.3389/fevid.2023.1076188>
 44. 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*. 2010;19: 243–54. <https://doi.org/10.1002/mpr.325>
 45. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2022. Gobierno de Chile. 2022. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
 46. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioeth*. 2016;22: 51–61. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
 47. 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 méd Chile*. 2019;147: 53–60. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
 48. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatr Ann*. 2002;32: 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
 49. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. SAGE; 2013.

50. Saldana J. The coding manual for qualitative researchers. SAGE; 2013.
51. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory. New York: Strategies for Qualitative Research. Aldine Pub Co; 1967. <https://doi.org/10.1097/00006199-196807000-00014>
52. Malvaceda Espinoza E, Soto Ramírez J, Hernández Zapata EA, Arenas Sotelo E, Bernal Vargas L, del Moral Arroyo G, et al. La investigación cualitativa, sus aportes teóricos, metodológicos y prácticos. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. 2023. <https://ediciones.ucc.edu.co/index.php/ucc/catalog/book/361> <https://doi.org/10.16925/9789587604245>
53. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. 2013. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
54. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad Undécima revisión (CIE-11). Ginebra; 2022.
55. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67: 231–43. <https://doi.org/10.1037/a0025957> <https://doi.org/10.1037/a0025957>
56. Batson C. Altruism in humans. Oxford University Press; 2011. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195341065.001.0001>
57. Cuddy A, Fiske S, Glick P. In: Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception: The Stereotype Content Model and the BIAS Map [Internet]. 2008. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)
58. Fiske S, Cuddy A, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82: 878–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878> <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
59. Corrigan P, Markowitz F, Watson A, Rowan D, Kubiak M. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2003;44: 162–79.
60. Bogardus E. A social distance scale. *Sociology and Social Science Research*. 1933;17: 265–71.
61. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*. 2009;9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-61> <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-61>
62. Organization WH. Preventing suicide: A resource for counsellors. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias. Trastornos Mentales y Cerebrales. 2006; Available from. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/eec98e31-e5d4-4a6c-8610-ba36b759fdf2/content>
63. Kaiser BN, Gurung D, Rai S, Bhardwaj A, Dhakal M, Cafaro CL, et al. Mechanisms of action for stigma reduction among primary care providers following social contact with service users and aspirational figures in Nepal: an explanatory qualitative design. *Int J Ment Health Syst*. 2022;16. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00546-7> <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00546-7>

Depression stigma in Chile: A qualitative study of beliefs, emotions, and behaviors toward people with depression

ABSTRACT

INTRODUCTION Depression is one of the leading causes of disability in Chile and significantly affects adults' well-being and social participation. Despite its high prevalence, depression stigma has been scarcely studied in the country. Because its manifestations vary across sociocultural contexts, understanding how it is configured in Chile is essential for developing contextually relevant interventions. Within this framework, depression stigma is examined through its core components -stereotypes, prejudice, and discrimination- by analyzing the beliefs, emotions, and behaviors directed toward people living with depression. The aim of this study is to explore, from the perspective of Chilean adults, the socially shared beliefs about people living with depression, as well as the emotions and behaviors directed toward them, and to examine the extent to which these contents are understood as expressions of depression stigma.

METHODS A qualitative study was conducted using purposive sampling and minimum group representativeness criteria based on gender, socioeconomic status, and history of depression. Sixty-six adults from three regions of Chile took part in individual semi-structured interviews. Interviews were transcribed, reviewed, returned to participants for checking, and coded by two independent coders. Data were then analyzed using a deductive-inductive content analysis approach supported by Atlas.ti, and findings were triangulated.

RESULTS Findings were organized into three analytical macro-categories - beliefs, emotions, and behaviors directed toward people with depression - consistent with the cognitive, affective, and behavioral components of stigma described in the literature. Within beliefs, contents related to affective characteristics, behavioral characteristics, and dispositional attributions associated with people with depression emerged. Within emotions, compassionate emotions, defensive and discomfort-related responses, and affective disconnection were identified. Within behaviors, overprotection, social distancing, invalidation and judgment emerged, along with interaction scripts based on avoidance or support.

CONCLUSIONS Depression stigma in Chile is configured through contents that, to varying degrees, are understood as stereotypes, prejudice, and discrimination. Beliefs combine elements linked both to mental health literacy and to stereotypes; emotions are primarily interpreted as expressions of prejudice; and behaviors reflect both subtle and overt forms of discrimination. Additionally, some themes showed divergent interpretations among participants, particularly between those with and without a history of depression. Taken together, these findings contribute to a better understanding of how this phenomenon is structured in the Chilean context and provide input for the development of culturally relevant assessment instruments and intervention strategies.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.