



Depresión y rol de género masculino en hombres de Barranquilla

Facultad de Psicología

Programa de Psicología

Barranquilla

2026



Depresión y rol de género masculino en hombres de Barranquilla

Trabajo de grado como prerrequisito para la obtención del título de:

Psicólogo

Autores

Cera Lazo Kevin David

Zapata Jiménez Iván José

Asesoras

Rivaldo Laura Rambal

Pérez Andrea Puerta

Facultad de Psicología

Programa de Psicología

Barranquilla

2026

Nota de aceptación

Evaluador 1

Evaluador 2

Asesor 1

Asesor 2

Barranquilla, 2026

Tabla de contenido

Introducción	8
Justificación	9
Objetivos	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos.....	21
Marco teórico	21
Definición de depresión y sintomatología depresiva en población masculina	21
Rol de género masculino: normas y mandatos de la masculinidad hegemónica, género y salud la salud mental en hombres.....	31
Metodología	36
Participantes	36
Instrumentos.....	37
Procedimiento	39
Resultados	39
Características Sociodemográficas de la Población	39
Principales Síntomas de Depresión en Hombres Adultos (Objetivo Específico 1)	41
Características del Rol de Género Masculino (Objetivo Específico 2).....	44
Relación entre Depresión y Rol de Género Masculino (Objetivo Específico 3)	47
Discusión.....	49
Referencias.....	55

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.....	41
Tabla 2. Puntajes por dimensión del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH).....	43
Tabla 3. Niveles de depresión según el Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH).....	44
Tabla 4. Puntajes por dimensión del Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M)	46
Tabla 5. Niveles de adherencia al rol de género masculino según el Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M)	46
Tabla 6. Correlaciones de Pearson entre dimensiones del CDH y dimensiones del IRMH-M...	48
Tabla 7. Distribución de los niveles de depresión según el nivel de adherencia al rol de género masculino	48

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y el rol de género masculino en una muestra de 200 hombres adultos residentes en la ciudad de Barranquilla, Colombia. El estudio está fundamentado en la premisa de que la adherencia a las normas y valores de la masculinidad hegemónica influyen en la vivencia y manifestación de los cuadros depresivos en hombres.

Se empleó un diseño de investigación cuantitativo, de corte transversal y alcance correlacional. Para la recolección de la información se usaron dos instrumentos que miden constructos psicológicos: el Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH) y el Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M) versión reducida. Los resultados evidencian que en un 66,5% la muestra manifiesta niveles depresivos entre medios y altos, destacándose el afecto negativo caracterizado por la irritabilidad, enojo y baja tolerancia a la frustración como dimensión más prevalente de la depresión en hombres de Barranquilla. Y se observó niveles intermedios a la adherencia al rol de género masculino los que están caracterizados por el alcance de logros y estatus. Los resultados sugieren una correlación negativa inversa los hombres con mayores niveles de depresión mostraron menor adherencia a la masculinidad hegemónica.

Palabras clave: *depresión masculina, género, rol de género, masculinidad hegemónica, salud mental, hombres, Barranquilla.*

Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between depression and the masculine gender role in a sample of 200 adult men residing in the city of Barranquilla, Colombia. The study is based on the premise that adherence to the norms and values of hegemonic masculinity influences the experience and manifestation of depressive symptoms in men.

A quantitative, cross-sectional research design with a correlational scope was employed. Two instruments measuring psychological constructs were used to collect data: the Differential Discriminant Validation and Depression Questionnaire for Men (CDH) and the Hegemonic Masculinity Roles Inventory (IRMH-M) short form. The results show that 66.5% of the sample exhibited moderate to high levels of depression, with negative affect characterized by irritability, anger, and low frustration tolerance standing out as the most prevalent dimension of depression among men in Barranquilla. Additionally, intermediate levels of adherence to the masculine gender role were observed, characterized by the pursuit of achievement and status. The descriptive results suggest a complex relationship: men with higher levels of depression showed lower adherence to hegemonic masculinity.

Keywords: *male depression, gender, gender roles, hegemonic masculinity, mental health, men, Barranquilla.*

Introducción

La depresión actualmente es un desafío crítico de salud pública a nivel mundial, afectando a millones de personas y convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad. Aunque el trastorno posee alta prevalencia, históricamente las investigaciones y el diagnóstico ha estado enfocado en la población femenina sesgando la realidad del trastorno y minimizando su manifestación en los hombres.

La presente investigación surge de la necesidad de comprender la depresión masculina permitiendo la identificación de los síntomas particulares en hombres, abarcando más allá una conceptualización biológica o clínica, sino a través desde una mirada psicosocial que considera al género como uno de los determinantes sociales de la salud mental de los varones.

En el contexto de la ciudad de Barranquilla factores como el desempleo, la precariedad económica y la violencia se sitúan como determinantes significativos de malestar emocional en hombres, sin embargo, el cumplimiento con las normas del género masculino o la llamada “masculinidad hegemónica” que demanda fortaleza, autosuficiencia, evitación por la expresión de la afectividad y alcance de logros o estatus, representan una barrera para que los hombres reconozcan cuando atraviesan por depresión y busquen tratamiento profesional. Y aunque culturalmente el enojo y la irritabilidad se asocian como expresiones afectivas propias del hombre la verdad es que con frecuencia esconden la manifestación de cuadros depresivos en hombres y su sufrimiento psicológico.

Cierto es que las mujeres representan mayor porcentaje en las estadísticas de diagnóstico depresivo, pero, son los hombres quienes mayormente consuman el suicidio. En el país las cifras de defunciones por suicidio confirman este hecho mostrando una diferencia significativa entre

hombres y mujeres, suponiendo una desventaja en la población masculina para el afrontamiento de la depresión y que la adherencia estricta al rol de género masculino puede convertirse en un factor de vulnerabilidad de salud mental.

Por lo cual este estudio pretende determinar la relación entre los síntomas de depresión en hombres y el nivel de adherencia a los mandatos del rol de género masculino en hombres adultos que residen en Barranquilla. Con el fin de identificar la sintomatología depresiva predominante en y las características de la masculinidad internalizadas aportando datos empíricos que faciliten protocolos de intervención en salud mental que estén adaptados a la población estudio, permitiendo una detección temprana, tratamientos flexibles y reduciendo el estigma social asociado al sufrimiento psicológico del hombre.

Justificación

La depresión es un trastorno mental común caracterizado por el estado de ánimo deprimido, la incapacidad de sentir placer y la pérdida del interés por las actividades que antes eran placenteras. Los trastornos depresivos se distinguen de la tristeza y de los cambios del ánimo del día a día porque afectan muchas dimensiones de la vida de quien los padece, incluye el ámbito familiar, laboral, escolar, relaciones interpersonales incluso la vida comunitaria. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Los trastornos depresivos pueden llegar afectar a cualquier persona, pero quienes han sido víctima de abuso, hayan tenido pérdidas significativas o vivido situaciones de gran estrés cuentan con más probabilidad de presentar un trastorno depresivo. Existe una mayor prevalencia de la depresión en las mujeres que en los hombres.

Los cuadros clínicos depresivos conforman un grupo de trastornos que según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V, 2013) pueden ser diagnosticados en: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (conocido como distimia), trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo producido por sustancia o medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afectación médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Cabe resaltar que el trastorno depresivo mayor (TDP) también llamado Episodio Depresivo Mayor (EDM) suele ser el más común y severo de los trastornos depresivos. (p. 155).

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Asimismo, se estima que la pandemia de COVID-19 agravó esta situación debido al aislamiento social, el miedo al contagio, las pérdidas humanas y las dificultades económicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el primer año de la pandemia la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó en un 25 %, principalmente por factores como la soledad, el aislamiento social y la incertidumbre económica.

El impacto de la depresión es tan fuerte que ha motivado el desarrollo de muchos estudios en múltiples disciplinas, entre ellas la psicología, sin embargo, en la actualidad es necesario ampliar el estudio a los factores socioculturales que inciden en los trastornos depresivos, entre ellos “los roles de género”, factor que abordaremos en este estudio.

Se ha evidenciado cómo el ambiente puede ser un desencadenante de la depresión, pero la relevancia del estudio del trastorno suele enfocarse en las mujeres minimizando la depresión en la población masculina validando más la enfermedad en el género femenino, también, cabe destacar que los criterios diagnósticos no difieren los síntomas de la depresión entre hombres y mujeres.

Por lo cual esta investigación tiene la finalidad de visualizar y comprender los cuadros depresivos en hombres adultos, ampliando el abordaje teórico existente; se busca aportar datos empíricos sobre la prevalencia de la depresión en la población objeto, conocer los factores de riesgo psicosociales que la influyen, así, como las manifestaciones de estos cuadros en hombres en la etapa de la adultez. Información que será fundamental para la elaboración de intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades de salud mental masculina facilitando la detección temprana, sensibilizar sobre la importancia de la salud mental del hombre y la necesidad de romper estigmas para la búsqueda de tratamiento profesional.

Considerando que la depresión en hombres a menudo suele ser mal diagnosticada e intervenida de forma inadecuada, los resultados de este estudio serán de utilidad en el quehacer de los profesionales de salud mental al mejorar las estrategias de detección, evaluación y tratamiento de la depresión en la población masculina; en el campo educacional ayudará a promover la salud mental de los hombres desde épocas más tempranas e incluso a crear espacios de socialización que permitan a los hombres hablar de sus emociones.

Ya se ha evidenciado que la depresión en hombres tiene una intersección con el rol de género masculino, cabe señalar que Aguayo (2022) señala que los valores de la masculinidad como el deseo por el éxito, la autoexigencia, el individualismo y la competitividad están asociados con los estados depresivos del hombre y que durante estos episodios los hombres suelen cuestionar los valores de su masculinidad como el ser fuerte y autosuficiente.

Por consiguiente, es posible interpretar que el incumplir con lo exigido socialmente como masculino es un factor de riesgo a la depresión. Resaltando que los hombres pueden encontrar mayor dificultad para expresar el estado emocional deprimido y el fracaso para buscar ayuda

profesional. A su vez, se es visto que ciertos factores sociales suponen un deterioro del rol masculino lo que también fue sostenido por Aguayo (2022) donde menciona que la mayoría de los hombres expresan que el nivel socioeconómico bajo, el desempleo y las precarias oportunidades laborales son situaciones que los llevan al estado de ánimo deprimido.

El caso es que la forma en que las personas experimentan y manifiestan la depresión varía entre hombres y mujeres debido a patrones moldeados por las expectativas sociales. Los hombres, por ejemplo, suelen reprimir sus emociones y buscar soluciones independientes, mientras que las mujeres tienden a expresar sus sentimientos y buscar apoyo social, presentándose una brecha significativa para el abordaje de la depresión entre ambos sexos es tanto así que son las mujeres quienes acuden con mayor frecuencia a buscar ayuda profesional.

Estudios indican sobre la prevalencia de la depresión en base al género, la diferencia en cuanto a los síntomas entre hombres y mujeres y la búsqueda de tratamiento profesional entre ambos sexos. (López y Presmanes, 2018). Por cierto, se ha afirmado que la mujer tiene una doble probabilidad de padecer depresión, sin embargo, son los hombres quienes comenten más el suicidio y que aproximadamente la mitad de los casos están asociados a los trastornos depresivos. (Londoño et al., 2020).

De ahí que desde una dimensión sociocultural la depresión en hombres en la etapa del ciclo vital de la adolescencia y la juventud supone que la acumulación de los códigos culturales de la masculinidad puede desencadenar malestar psicológico y riesgo a la depresión, no solo en esta etapa de la vida sino en la adultez. Desde muy temprano los hombres reciben una educación emocional que no es sana, los padres comienzan a demandarles fuerza, las madres esperan a que sean los protectores, incluso las maestras suelen ser más duras con los niños que las niñas, más

allá de la educación en casa y la escuela, los mass media, el cine y ahora las redes sociales imponen mensajes hipermasculinos centrados a respaldar la fuerza, los rasgos sexuales y el estatus de poder, no es de extrañar que el público juvenil es quien más consume este tipo de contenido, todos estos mensajes pueden generar insatisfacción emocional en los hombres que lo reciben.

En la sociedad se suele enfatizar que ciertas emociones como la pena y vergüenza pueden ser experimentadas por los hombres cuando muestran sus sentimientos más genuinos como el cariño, la ternura o la amistad, ya que se condiciona a la reducción de la expresión emocional y tal reducción de la afectividad va afectando el estado emocional.

Además, se ha normalizado que el enojo y el enfado son las emociones válidas en la afectividad masculina, por lo cual muchos hombres ven en esas emociones una forma de enmascarar su malestar emocional o problemas de su estado de ánimo, porque más allá de un enfado se puede esconder una frustración, la soledad, una baja autoestima, las desmotivaciones, el disgusto ante las pérdidas, la impotencia ante la autoexigencia. Pero no es de extrañar que el enfado masculino sea visto como valentía.

Podría decirse que los hombres ante la experimentación de emociones fuertes tienen mayor impulso a las conductas de alto riesgo como conducir en estado de embriaguez, uso abusivo de alcohol y sustancias psicoactivas, involucramiento en peleas, actos violentos, conducta agresiva, relaciones sexuales sin protección, todo ello ante la impotencia por su estado emocional.

Actualmente existen explicaciones de la depresión masculina mostrando que la situación es mucho más común de lo que se creía anteriormente. Según Londoño et al. (2020) existe una diferencia de la depresión entre hombres y mujeres originada por baja capacidad de los hombres

de expresar sus emociones y afectos, esto les genera malestares indirectos como enojo prolongado, conducta compulsiva, adicciones al trabajo, a los videojuegos o a las sustancias psicoactivas. (p. 197). Los hombres suelen presentar mayor sufrimiento asociado o no a la depresión, ya que culturalmente no se les permite espacios de introspección ni de manifestación de su afectividad, aumentando el malestar psicológico y emocional llevándolos a buscar mecanismos según su género como la ira y ciertas actividades para aliviar los síntomas. (Londoño et al., 2020).

El sufrimiento psicológico del hombre puede aumentarse cuando percibe un decaimiento de su masculinidad, lo puede ser un factor vulnerable para la depresión, aunque no siempre se desarrolla. También algunas restricciones masculinas aumentan la insatisfacción emocional: disminución de la expresión de emociones, dificultad para el cuidado de sí mismo, la preocupación por el desempeño, los logros y el sexo, y, por último, la restricción de la conducta afectiva. (Londoño et al., 2020)

No puede explicarse que la diferencia de los síntomas de la depresión entre ambos sexos se debe únicamente a factores biológicos, es preciso tener en cuenta los determinantes sociales para la aparición del trastorno depresivo, mostrar interés investigativo y sentar las bases para gestionar programas de prevención, diagnóstico y rehabilitación de la enfermedad con criterios certeros en hombres y mujeres, que apunten al fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento ante situaciones de crisis emocional que detonan la depresión y generar conciencia de aceptación social de las emociones de los varones en la sociedad. En este sentido, los resultados que se esperan de este estudio buscan contribuir al interés investigativo en esta área y servir como base para futuras estrategias de intervención y políticas de salud mental más inclusivas y efectivas.

Planteamiento del problema

La depresión es un trastorno mental común que afecta a 332 millones de personas en el mundo, se estima que el 4,0% de la población mundial sufre depresión. (OMS, 2023). Esta psicopatología se ha convertido en un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y la incapacidad que provoca, siendo la primera causa de discapacidad a nivel mundial. La pandemia de COVID-19 incrementó significativamente la prevalencia de la depresión y la ansiedad en todo el mundo siendo los jóvenes el grupo más afectado.

Este estudio explora la relación de las características socioculturales asociadas al rol de género masculino en la salud mental de los hombres adultos en Barranquilla, con el objetivo de resaltar la importancia de abordar la depresión masculina desde una perspectiva de género que comprenda y abarque como la adherencia estricta a la masculinidad puede ser un factor de riesgo a la depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) la pandemia de la Covid-19 incrementó significativamente un 25% la prevalencia de la depresión y la ansiedad en todo el mundo. El estrés por el confinamiento, el aislamiento social, el temor al contagio o a morir, el dolor por la pérdida de seres queridos y la ansiedad por la situación económica, fueron los principales detonantes del incremento. Se evidenció que los jóvenes están en el grupo con mayor incidencia a la depresión, que las conductas autolesivas y el riesgo al suicidio aqueja mayormente a las personas pertenecientes a dicho grupo etario.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018) en la región de las Américas durante el 2018 la depresión fue la primera causa de discapacidad con un 7,8% de la discapacidad total regional, afectando unos 14,5 millones de personas del grupo de edades entre los 15 a 50 años. Los países sudamericanos de Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia están por encima del promedio mundial de depresión (4,7%) y por encima del promedio de la región (7,8%). (pp. 15-16).

Diferentes investigaciones han identificado múltiples factores de riesgo en la aparición de la depresión en adolescentes. Un estudio realizado en Chile centrado en hombres adultos aporta datos relevantes para comprender cómo los factores socioculturales pueden influir en la detección y tratamiento de la depresión desde etapas tempranas. Según Aguayo (2022), uno de cada diez hombres en Chile presenta indicios de depresión, y el 9% presenta síntomas moderados o severos. Esta prevalencia es aún mayor en hombres de nivel socioeconómico bajo (20,8%), especialmente en aquellos entre 25 y 64 años. Además, el estudio señala que a partir de los 45 años se observa un aumento en los síntomas depresivos y en la ideación suicida, lo cual podría estar relacionado con factores como el aislamiento emocional, la presión social por mantener el rol proveedor y la falta de acceso a servicios de salud mental.

De igual manera en Ecuador, un estudio reciente de Peña (2022) evidenció que el 67,5% de los estudiantes universitarios evaluados presentaba síntomas de depresión, variando desde niveles leves hasta severos relacionados significativamente con el funcionamiento familiar, siendo los entornos familiares disfuncionales con comunicación deficiente, bajo apoyo emocional y presencia de conflictos frecuentes lo cual es un factor de riesgo clave. El autor subraya que estas condiciones no solo afectan la estabilidad emocional de los jóvenes, sino que también inciden en

su rendimiento académico y relaciones sociales. Estas cifras resaltan la importancia de visibilizar y adaptar la atención psicológica a las distintas formas en que se manifiesta la depresión, especialmente en poblaciones que tienden a invisibilizar su malestar emocional.

El reporte de la Procuraduría General de la Nación (2023) indica que en Colombia en los últimos años ha aumentado el riesgo a la salud mental especialmente en adolescentes y jóvenes, señalando que en el año 2023 los grupos etarios de jóvenes de 17 a 24 años y los adolescentes entre 12 a 16 años son los más vulnerables a las afectaciones mentales. Con ello la ideación suicida y la consumación del suicidio va creciendo y es que solo en el primer semestre del 2023, se consumaron 1.540 suicidios de los cuales 479 fueron en jóvenes y 142 en adolescentes.

En la ciudad de Barranquilla la situación no está alejada al contexto nacional pues la línea de Salud Mental del Atlántico reporta que el mayor número de llamadas proviene de personas en el grupo de edad de 14 a 26 años, con el motivo de consulta asociado a la depresión, la ansiedad, la ideación suicida y el riesgo a cometer el acto suicida. (Gobernación del Atlántico, 2022).

La investigación llevada a cabo por Rodríguez (2021) en Barranquilla con 55 adolescentes escolarizados entre las edades de 10 a 17 años buscó comprender la relación entre la depresión y el riesgo suicida en la adolescencia mostrando, que, aunque la depresión no explica la totalidad del riesgo al suicidio los indicadores de depresión si se relacionan con la planificación del acto suicida y con las conductas de autodestrucción, sugiriendo que los sistemas afectivos y conductuales afectados por los estados depresivos son los que más aportan al riesgo del suicidio. (pp. 98, 106, 110-112)

Dentro de los factores críticos se sitúa el contexto socioeconómico en el impacto de la salud mental. En Barranquilla, la violencia, el desempleo juvenil y la precariedad económica han sido identificados como factores determinantes en la aparición de la depresión en adolescentes. Además, la escasez de servicios especializados en salud mental y el estigma social dificultan la implementación de programas efectivos de prevención y tratamiento. (Gobernación del Atlántico, 2022).

Las personas que padecen trastornos depresivos están en mayor riesgo al suicidio que el resto de la población, al igual que la depresión, el suicidio es un problema de salud pública y aunque la depresión se puede tratar y suicidio se puede prevenir, las estadísticas a nivel local como mundial han aumentado. Y aunque ya se ha afirmado que la mujer tiene una doble probabilidad de padecer depresión son los hombres quienes mayormente consuman el suicidio y que al menos la mitad de los casos están relacionados con trastornos depresivos. (Londoño et al., 2020).

Por lo que se hace necesario prestar atención a los hombres que atraviesan episodios depresivos. De hecho, los hombres suelen presentar mayor sufrimiento psicológico relacionado o no a la depresión porque culturalmente no se les permite la expresión de la afectividad aumentándoles el malestar emocional. (Londoño et al., 2020). Incluso para Ferrer et al., 2020 la percepción de lo masculino en ámbitos tan particulares como la amistad supone variaciones para expresar la angustia dependiendo de quién escucha, si el oyente cuestiona o no la masculinidad.

Estos factores psicosociales se ven reflejados en la conducta suicida, ya que la mayor tasa de difusiones por suicidio en América se registró en los hombres con un 77,6% de las 97.000 muertes en el 2019, lo que se traduce en alrededor de 3,5 muertes por suicidio en hombres por cada muerte por suicidio en mujeres en el 2019. En todas las subregiones de las Américas, la proporción

de muertes por suicidio en los hombres fue mayor que en las mujeres. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019, pp. 4, 9, 22).

El suicidio es la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años, solo detrás de los traumatismos por tránsito, la tuberculosis y la violencia. Las tasas globales varían significativamente por género y nivel de ingreso, resaltando que la tasa de suicidio en hombres (12.6 por 100,000) duplica la de las mujeres (5.4 por 100,000). Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Este fenómeno está evidenciado en Colombia ya que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) publicó en 2023 las cifras de defunciones de los últimos años por suicidio y con una brecha según el sexo: en el 2022 se quitaron la vida en el país 2.253 hombres frente a 582 mujeres, para el 2023 los hombres que cometieron el acto suicida fueron de 2.445 y las mujeres 700. (pp. 2).

En este orden de ideas la expresión del género en ambos sexos supone un factor importante para la comprensión y el abordaje de la depresión, el pensamiento suicida y la consumación de este, sin embargo, las investigaciones suelen estudiar más el trastorno en la población femenina.

Los roles de géneros determinan la forma adecuada de actuar ante la sociedad según se sea hombre o mujer, notando la diferenciación de ciertas habilidades como la gestión afectiva y ciertas conductas esperadas por los demás.

La incorporación del rol de género idealiza cómo deben ser las mujeres y los hombres en sus muchos contextos, entre ellos en el ámbito de la salud mental, llegando a imponerse socioculturalmente que hombres y mujeres asumen la depresión de una manera muy distinta.

Razón por la cual la depresión no puede ser explicada únicamente con una base biológica porque existen determinantes sociales que inciden en la evolución de los cuadros depresivos, ya hay evidencia que refiere que en los hombres la depresión tiene una intersección con el rol de género masculino.

Aguayo (2022) señala que los valores de la masculinidad como el deseo por el éxito, la autoexigencia, el individualismo y la competitividad están asociados con los estados depresivos del hombre y que durante estos episodios los hombres suelen cuestionar los valores de su masculinidad como el ser fuerte y autosuficiente.

De hecho, el suicidio suele abordarse socialmente diferente para hombres y mujeres, llevando a los hombres en desventaja en el estilo de afrontamiento de la depresión lo que supone un factor vulnerable en el rol de género masculino. Debido a las diferencias en el afrontamiento de la depresión según el género, ¿Qué relación existe entre la depresión y el rol de género masculino en hombres de Barranquilla?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y el rol de género masculino en hombres adultos residentes en la ciudad de Barranquilla.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales síntomas de depresión en hombres adultos de Barranquilla.
2. Describir las características del rol de género masculino de acuerdo con la evitación de conductas femeninas, logro/estatus, agresión, rechazo a los homosexuales y actitudes hacia el sexo.
3. Establecer la relación existente entre el nivel de depresión y el grado de adherencia al rol de género masculino.

Marco teórico

Definición de depresión y sintomatología depresiva en población masculina

La depresión es un trastorno mental complejo caracterizado por la variabilidad de sintomatología interrelacionada entre sí que afecta diversos procesos psicológicos. Dentro de sus manifestaciones se encuentra la afectividad afectada por una tristeza persistente, el pensamiento acompañado de ideas de desesperanza, la actividad psicomotriz retardada o inhibida y la conducta disminuida a nivel general.

La depresión no es un estado emocional transitorio, sino es un síndrome complejo cuya gravedad puede ser incapacitante, por lo que se requiere de un diagnóstico y un abordaje integral. La heterogeneidad de la depresión clínica tanto en su intensidad como en sus síntomas requiere de una evaluación rigurosa que la permita diferenciar de las respuestas normales de la tristeza.

Carrobles (2014), considera la depresión como una psicopatología multidimensional, que integra la dimensión emocional, somática y cognitiva, y para comprenderla se deben estudiar factores tanto biológicos como psicológicos y sociales. Esta conceptualización ayuda a orientar el proceso psicoterapéutico en la influencia de las variables ambientales como el género, la cultura y el entorno social.

Clínicamente la depresión está caracterizada por el ánimo afectado por una intensa tristeza o un desinterés generalizado en la mayoría de las actividades del individuo, acompañado de la disminución psicofisiológica, que se expresa a través de la ausencia de la motivación, la libido, el apetito, la disminución de las actividades físicas e incluso la pérdida de las ganas de vivir y el acto suicida. (Carrobles, 2014, p. 339).

El cuadro clínico depresivo tiene múltiples causas, desde factores de origen biológico, psicológico o la combinación de ambos. Su evolución puede variar ampliamente, desde las depresiones que remiten por completo hasta aquellas que son crónicas y que desencadenan consecuencias graves como la conducta autolesiva y el suicidio. La intensidad del cuadro oscila entre episodios leves que no interfieren en la vida diaria del individuo hasta las formas severas que incapacitan a quien la padece en las áreas de su funcionamiento personal. El diagnóstico y el tratamiento del trastorno requieren un enfoque integral y adaptado a cada individuo debido a su heterogeneidad.

Conceptualizar el “síndrome depresivo” representa una propuesta para delimitar el núcleo psicopatológico de las manifestaciones clínicas de la depresión. En la actualidad, como no existen pruebas biológicas definitivas, el diagnóstico se basa en la evaluación clínica teniendo en cuenta las características de los síntomas representativos de los cuadros depresivos. Según Peralta y Cuesta (2002) el síndrome axial de la depresión abarca siete componentes fundamentales: psicopatología del humor (la tristeza patológica y el humor depresivo), psicopatologías cognitivas (tales como las ideas de culpa, la imagen negativa, la desesperanza), psicopatología psicomotora (puede oscilar entre la inhibición o agitación), disfunción de los sentimientos vitales y sensorio-perceptivos (astenia, anhedonia, quejas somáticas), alteraciones vegetativas (caracterizadas por el cambio en el sueño, apetito, peso), variaciones de los biorritmos (empeoramiento matutino, despertar precoz) y los cambios conductuales (aislamiento, conducta suicida).

La manifestación conjunta o progresiva de los componentes se asocia al diagnóstico de un trastorno depresivo, sin embargo, ninguno de los síntomas, ni siquiera la tristeza, es obligatorio para que el diagnóstico sea válido en todos los casos. Este enfoque comprende la existencia de diferentes formas de depresión atípicas, en las cuales la afectividad dominante no se expresa con claridad, representando un reto para la intervención clínica y para una evaluación adecuada según las necesidades terapéuticas de cada paciente. (Peralta y Cuesta, 2002).

El DSM-5 agrupa los trastornos depresivos en diferentes entidades clínicas, cada una con criterios diagnósticos específicos que incluyen número de síntomas, duración, intensidad y tipo de presentación. Dentro de estas categorías se encuentran el episodio de depresión mayor, el trastorno depresivo mayor recurrente, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y los trastornos depresivos no especificados o especificados de otra forma.

Esta clasificación permite captar la diversidad fenomenológica de los cuadros depresivos, que van desde formas episódicas hasta síntomas crónicos de baja intensidad. Por ejemplo, mientras el episodio depresivo mayor requiere al menos cinco síntomas durante dos semanas, la distimia se diagnostica cuando el estado de ánimo deprimido se mantiene durante al menos dos años, con otros síntomas asociados como fatiga o desesperanza. Esta estructura diagnóstica también permite analizar diferencias en la expresión del trastorno según variables como la edad, el sexo o el contexto sociocultural, lo que resulta clave para investigaciones centradas en el género (Carrobles, 2014).

El episodio depresivo mayor se caracteriza por la aparición sostenida, durante al menos dos semanas consecutivas, de un estado de ánimo persistentemente deprimido o una marcada pérdida de interés en la mayoría de las actividades cotidianas. A estos síntomas centrales se suman al menos otros tres, entre los que pueden encontrarse alteraciones del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, dificultades para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, enlentecimiento psicomotor o agitación, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Para que se configure el diagnóstico, estos síntomas deben representar un cambio respecto al funcionamiento habitual del individuo y generar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes. Es fundamental descartar que los síntomas sean atribuibles a efectos fisiológicos de una sustancia o a una condición médica (Carrobles, 2014).

El trastorno depresivo mayor recurrente se configura cuando un individuo ha experimentado al menos dos episodios depresivos mayores separados por un intervalo mínimo de dos meses en el que no se cumplen los criterios diagnósticos. Esta forma de presentación evidencia una mayor vulnerabilidad biológica y/o psicológica a la recaída, y su curso suele asociarse con una mayor cronicidad, discapacidad funcional y riesgo de suicidio. A medida que aumentan los

episodios, también se incrementa la probabilidad de futuras recurrencias, lo que subraya la importancia de un seguimiento clínico constante y de estrategias terapéuticas de mantenimiento. El diagnóstico exige que los episodios cumplan con todos los criterios clínicos del episodio depresivo mayor, aunque su frecuencia y duración pueden variar significativamente entre pacientes (Carrobles, 2014).

El trastorno depresivo persistente, anteriormente denominado distimia, se distingue por un estado de ánimo crónicamente deprimido que se prolonga durante al menos dos años en adultos (uno en menores de edad), sin que el individuo haya estado libre de síntomas por más de dos meses consecutivos. A diferencia del episodio depresivo mayor, los síntomas de la distimia tienden a ser menos intensos, pero su persistencia prolongada genera un deterioro importante en la calidad de vida del sujeto. Entre los síntomas asociados se encuentran la pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, baja energía, autoestima disminuida, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. En muchos casos, este trastorno se inicia en la adolescencia o adultez temprana y puede pasar desapercibido, confundándose con el temperamento del individuo (Carrobles, 2014).

Manifestaciones particulares de la depresión en hombres

La investigación realizada por Londoño, C., Peñate, W., & González, M. (2017) agrupa seis manifestaciones particulares del sufrimiento en la depresión masculina, planteando una alternativa diagnóstica más especializada a los síntomas de la depresión en hombres. La sintomatología es agrupada en grandes escalas: autoimagen negativa, pobre imagen social, afecto negativo, ideación suicida, desesperanza y evitación.

Afecto negativo: a diferencia de lo descrito en los manuales diagnósticos tradicionales, los hombres deprimidos no suelen expresar la tristeza explícitamente, en cambio, experimentan sensaciones de vacío, enojo o irritabilidad, cambios de humor, experimentación de frustración, impaciencia, hostilidad, conductas agresivas o de alto riesgo. Clínicamente el efecto negativo, es explicado por la hipotimia, es decir, la tristeza patológica caracterizada por ser profunda y persistente (Belloch et al., 2020; Baños., et al, 2014) comprendida como una alteración del humor en el síndrome axial depresivo de Peralta y Cuesta (2002). La variedad de sensaciones displacenteras están ocasionadas por la falta de reevaluación cognitiva a los eventos que generan tristeza o por la falta de respuestas adaptativas frente esta emoción, por ejemplo, los hombres con depresión generalmente no saben que les ocurre, por qué y cómo afrontarlo, provocando enojo y frustración, y orientándolos hacia la hiperactividad compensatoria impidiendo el reconocimiento del sufrimiento psicológico. Para los autores el dolor encubierto en el afecto negativo no está ajustado a los diagnósticos clásicos de los trastornos depresivos.

Patrón de evitación: los hombres con cuadros depresivos suelen indicar un incremento de la actividad laboral, social y/o sexual. En la depresión masculina no siempre hay una disminución de la actividad general del individuo. La evitación es un mecanismo de defensa central en la depresión en hombres, comprende la evasión emocional como ese esfuerzo que los hombres hacen para no sentir, suprimir o negar el dolor provocado por la tristeza, sustituyéndolo frecuentemente por enojo lo que puede provocar alexitimia (incapacidad de expresar verbalmente emociones) como un bloqueo de protección emocional y desapego afectivo incluyendo apatía e indiferencia por los seres queridos. La evasión conductual refleja el aumento de actividades compensatorias para encubrir el malestar y el intercambio social superficial. La evitación conductual expresa los patrones de comportamiento desadaptativos como el exceso de trabajo, el aislamiento selectivo, el

uso de sustancias psicoactivas (SPA), cambio de parejas sexuales, mayor consumo de contenido digital, experimentación de nuevas sensaciones que generen placer, hiperactividad social superficial. Estos mecanismos pueden estar acompañados del deseo de abandono, y aunque buscan evadir el dolor emocional, profundizan el cuadro depresivo.

Autoimagen negativa: la cual está manifestada por la autopercepción desvalorizada de sí mismo y baja eficacia acompañada de sensaciones de inutilidad, culpa y fracaso. Esta percepción interna desvalorizada aparece cuando los hombres no logran cumplir con los patrones de competencia, autonomía y eficacia, lo que genera una autocrítica e impide el reconocimiento del malestar. La percepción desvalorizada está reforzada por los modelos tradicionales de la masculinidad que rechazan la vulnerabilidad del hombre.

Pobre imagen social: la autopercepción constante a ser percibidos por la sociedad como débiles o frágiles. Se trata de las distorsiones cognitivas cuando un hombre percibe los síntomas depresivos como amenazantes a su identidad de género, sus componentes incluyen sesgos en la atención, aumento de la hipervigilancia social, sensibilidad a las críticas y al rechazo. Los componentes cognitivos de la pobre imagen social dificultan la reestructuración cognitiva, se relacionan con depresiones severas y el suicidio. El autor enfatiza que los constructos socioculturales de la masculinidad basados en el éxito, la autosuficiencia y la fortaleza, promueven el aislamiento emocional e interfieren en la búsqueda de apoyo.

Ideación suicida: los hallazgos revelan una significativa presencia de pensamientos asociados al deseo de desaparecer o morir, sin embargo, la mayoría de los hombres no lo verbalizan directamente. La conducta suicida está expresada indirectamente a través la exposición voluntaria al riesgo, abuso de sustancias psicoactivas (SPA), practicar deportes extremos sin seguridad, sexo sin protección, exposición a riesgos innecesarios y la participación en actos autolesivos, riñas,

entre otras. Todas estas conductas reflejan las manifestaciones no convencionales de la depresión por lo que suelen ser minimizadas o mal interpretadas, aunque requieran atención especializada. Se resalta que los suicidios más efectivos son consumados por hombres ya que usan métodos más severos que las mujeres.

Desesperanza: como una percepción desfavorable hacia el futuro, acompañada por pensamientos de que no se cuenta con recursos personales para afrontar las dificultades, presencia de ansiedad ante eventos futuros, pesimismo, intolerancia a la incertidumbre, expectativas negativas y preocupación. La particularidad de la desesperanza en la depresión masculina está más vinculada a la pérdida de la capacidad de actuar que a la tristeza, cuya percepción va acompañada de la desconexión emocional, pérdida de sentido vital y miedo frecuente al fracaso, puede aparecer la anhedonia prospectiva (insatisfacción ante el futuro), apatía ante metas y expectativas, abandono de planes, sentimiento de atrapamiento donde se percibe que no hay salida, sensaciones que se vinculan con el suicidio. Los valores de la masculinidad del autocontrol y rendimiento obstaculizan la gestión de emociones profundas, intensificando la sensación de vacío y falta de recuperación emocional.

Parte de la sintomatología de la depresión masculina como la baja autoestima, el pesimismo, la desesperanza, la sensación de incompetencia y la percepción reducida de la eficacia general, aparecen solo dentro de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo persistente conocido como distimia, y no están incluidos en los criterios para el trastorno depresivo mayor ni para otros trastornos depresivos. De hecho “el DSM solo contempla la ideación suicida como conducta autolesiva, descartando conductas frecuentes que son reportadas por hombres con depresión, tales como el consumo de sustancias psicoactivas (PSA), el sexo sin protección, la promiscuidad y la exposición intencional a situaciones de riesgo” (Londoño Pérez, C., et al.,2017,

pp. 7). Así pues “es posible detectar síntomas específicos de depresión masculina y que existe un sesgo diagnóstico entre los criterios establecidos por los sistemas DSM y CIE, y las manifestaciones de la depresión en hombres” (p. 8).

Incluso, Aguayo (2022) propone que “los hombres con cuadros depresivos suelen expresar su malestar a través de tres narrativas principales: frustración, inseguridad y quiebre biográfico. La primera asociada a la incapacidad de cumplir con los ideales masculinos, generando sensaciones de fracaso, irritabilidad y rabia. La segunda abarca la baja autoestima y falta de autoconfianza. La tercera refiere a las crisis significativas del ciclo vital como despidos, duelos o enfermedades que provocan un colapso emocional con consecuencias en el estado anímico” (p. 12).

Aguayo (2022) agrupa la narrativa de la depresión masculina en cinco categorías sintomatológicas:

Síntomas emocionales: los hombres con depresión expresan síntomas de desánimo, ansiedad, enojo y frustración, acompañados de soledad, desconexión emocional y anhedonia. También manifiestan agotamiento, desmotivación, inestabilidad anímica y tristeza profunda.

Síntomas atípicos, evitativos o hacia afuera: los hombres con cuadros depresivos describen síntomas atípicos asociados a la evasión del malestar emocional y que son experimentados como sensación de desconexión emocional (sentirse en modo avión), estos mecanismos de evasión no son reconocidos socialmente ni incluidos en los manuales diagnósticos tradicionales como expresiones propias de la depresión. Lo que ya había sido descrito por Londoño Pérez, C., et al., (2017) como un patrón de evasión emocional y conductual que en vez de minimizar el malestar lo intensifica.

Síntomas del proceso del suicidio: algunos hombres reflejan un profundo sufrimiento emocional y una percepción de colapso interno a través de los deseos de desaparecer o dejar de existir, junto con pensamientos suicidas, planificación del acto suicida e incluso intentos, que están acompañados de intensa tristeza, angustia o desesperación.

Síntomas físicos o corporales: los relatos de los hombres con síntomas de depresión están acompañados que quejas somáticas como fatiga (astenia), somnolencia, hipersomnia, llanto, tensión corporal, dolor muscular, cambios en la alimentación, peso y presión arterial, disfunciones sexuales como deseo sexual hipoactivo (baja libido), disfunción eréctil y anorgasmia. De este modo, la investigación corrobora y amplía la relevancia clínica de las alteraciones fisiológicas y en biorritmos previamente identificadas por Peralta y Cuesta (2002), subrayando la importancia de atender a las manifestaciones corporales como indicadores clave del malestar emocional masculino.

Síntomas cognitivos: el malestar cognitivo abarca fallas en la atención, dificultad para concentrarse, distracción, disfunciones en la memoria y desinterés. Puede acompañar sede autoexigencia, autocrítica, bloqueos mentales, confusión, desorganización, procrastinación e incapacidad para realizar tareas cotidianas como estudiar o trabajar, impactando la funcionalidad del individuo, así, la narrativa cognitiva de hombres deprimidos les permite comunicar las distorsiones cognitivas propias del síndrome axial previamente descritas por Peralta y Cuesta (2002).

Rol de género masculino: normas y mandatos de la masculinidad hegemónica, género y salud la salud mental en hombres.

El género, entendido como una construcción social y cultural, establece un conjunto de expectativas y normas sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres en distintos contextos. No es un atributo innato, sino, construido social, cultural y simbólicamente asignando significados a las diferencias biológicas, de ahí que el conjunto de creencias, prácticas y valores que se desarrollan de forma diferente en cada cultura en torno a la dicotomía hombre–mujer.

Para Schongut (2012), el género es una construcción cultural simbólica que organiza las relaciones sociales, por lo que constituye una categoría relacional y performativa. Esta construcción simbólica se reproduce a través de las prácticas sociales, dividiendo jerárquicamente a hombres y mujeres. De esta manera, el género moldea tanto las estructuras sociales como las subjetividades individuales, naturalizando desigualdades que se perpetúan en distintos ámbitos.

Los roles de género constituyen el conjunto de habilidades y patrones de actuación en la sociedad de acuerdo con el sexo asignado al nacer. Según Lees y Black (2017), estos roles son aprendidos e internalizados desde la infancia y se expresan a través de la socialización y las interacciones a lo largo de la vida.

En esta línea, Matud y Aguilera (2009) plantean que el rol de género puede indicar tanto el goce de salud como el desarrollo de patologías. Así, la depresión se afronta de manera diferenciada según la construcción de la masculinidad o la feminidad, incluso en la incidencia del suicidio, que afecta de forma distinta a cada género.

De hecho, el estado de la salud tanto para hombres y mujeres suele ser diferente y no solo depende del factor biológico, sino que también está influenciado por los determinantes sociales en

salud (DSS) como el género y la orientación social, la raza y la clase social. De esta forma los factores de riesgo afectan inequitativamente a ambos sexos. de Keijzer, B., Cuellar, A. C., Valenzuela Mayorga, A., Hommes, C., Caffè, S., Mendoza, F., ... & Vega, E. (2023).

La salud mental masculina no es ajena a los determinantes sociales y a los factores de riesgos en cuanto al género, ya que, los patrones de comportamiento influyen en las tasas de suicidio y son aprendidos, no biológicos, y provienen de normas culturales del género. Las diferencias no se deben a la "naturaleza" de hombres o mujeres, sino a contextos sociales que condicionan la expresión del sufrimiento y el acceso a ayuda. Vázquez Méndez V., Linares Olivas O. L., & Guzmán Benavente M. del R. (2025).

Más recientemente, un estudio publicado por Herreen, D., Rice, S., Currier, D. et al. (2021), basado en el Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-22), evidenció que la adhesión a estas normas predice la presencia de síntomas depresivos en distintas edades, mostrando cómo la masculinidad tradicional actúa como un factor de riesgo transversal. Estos hallazgos reafirman la necesidad de analizar la depresión masculina desde un enfoque que contemple las tensiones entre los mandatos hegemónicos y las nuevas formas de ser hombre, con el fin de diseñar intervenciones más efectivas en salud mental, razón por la cual la depresión no puede ser explicada únicamente con una base biológica, ya que existen determinantes sociales que inciden en la evolución de los cuadros depresivos. De hecho, hay evidencia que refiere que en los hombres la depresión tiene una intersección directa con el rol de género masculino.

Dentro del marco del género, la masculinidad hegemónica se define como la forma ideal y dominante de ser hombre en un contexto determinado, que posiciona a los hombres por encima de las mujeres y a ciertas masculinidades sobre otras, estableciendo la forma legítima de masculinidad

(Schongut, 2012). La perpetuación de la masculinidad hegemónica no depende de la coacción física, sino de mecanismos sociales y simbólicos sutiles. Un ejemplo de ello es la violencia simbólica, que se expresa mediante la imposición de los significados de la virilidad sin que sea percibida como coerción. Este proceso desigual naturaliza prácticas que refuerzan jerarquías sociales.

Por lo que la masculinidad no se concibe como una esencia fija, sino como un sistema relacional que organiza las prácticas, valores y formas de poder. Connell (1995) propone el concepto de masculinidad hegemónica, la cual se impone como modelo dominante y establece jerarquías frente a otras masculinidades, generando presiones sociales sobre los hombres para ajustarse a dichos ideales. Esta perspectiva ha sido clave para comprender cómo la identidad masculina influye en la forma en que los hombres experimentan y expresan sus emociones.

Para Rodríguez (2020) la masculinidad impone, consciente o inconscientemente, la regulación emocional como parte de ser hombre. Esto limita la expresión selectiva de emociones, siendo promovida y vigilada por agentes de socialización como la familia, amigos y medios de comunicación (p. 34).

Entendiendo que las emociones son respuestas fisiológicas son sentidas en el cuerpo, entonces, la experiencia de las sensaciones dentro del cuerpo también se encuentra moldeada por el género. Los constructos de la masculinidad hegemónica conciben al cuerpo masculino con atributos de fuerza, resistencia y capacidad, entendiéndolo como útil para responder a las demandas sociales. En este contexto, aunque las emociones son respuestas corporales, tienden a ser reprimidas. De acuerdo con Cruz (2006), los hombres tienden a ser rígidos emocionalmente, y la no expresión de las emociones se manifiesta físicamente, por lo que a menudo pueden presentar

malestares físicos y emocionales. De esta manera, la rigidez emocional masculina incide en el goce de la salud y en la aparición de enfermedades, demostrando cómo los factores socioculturales atraviesan la experiencia subjetiva y corporal de los hombres.

La rigidez emocional también está presente en la comunicación verbal emocional, un estudio en Barranquilla llevado a cabo por Arroyo (2019) reflejó que muchos hombres expresan sus emociones a través de frases coloquiales como mecanismo de distanciamiento de los afectos y que el uso de eufemismos por parte de los varones ayuda a comunicar sus afectos de cariño sin poner el riesgo su imagen pública asociada a la masculinidad (p. 68).

Y aunque Arroyo (2019) evidenció que el ejercicio de la paternidad promueve una masculinidad más abierta emocionalmente al crear el deseo de demostraciones afectivas claras hacia los hijos (p. 69). Sin embargo, la expresión emocional hacia otros hombres sigue siendo restringida para evitar ser percibidos como débiles. La autora explica que este dinamismo está sostenido por el ideal masculino de virilidad y autocontrol, generando tensiones entre el sentir y el hacer, especialmente en la vivencia de la paternidad (p. 71). Esta tensión entre tradición y cambio permite comprender cómo la masculinidad no es fija, sino que se transforma en la interacción cotidiana de los sujetos con sus entornos sociales y familiares. Estas normas, transmitidas desde la infancia a través de la socialización familiar, escolar y mediática, moldean la percepción que los hombres tienen de sí mismos y de los demás. Sin embargo, cuando el hombre no logra cumplir con tales expectativas, suele experimentar sentimientos de frustración y fracaso asociado al malestar psicológico. Por lo que ya autores como Aguayo (2022), han sostenido que las características sociales aceptadas al género masculino se han asociado a la depresión en hombres. La rigidez de estos mandatos ha sido ampliamente cuestionada en la actualidad, dando lugar a lo

que algunos autores denominan nuevas masculinidades. Estas buscan resignificar la identidad masculina desde el reconocimiento de la vulnerabilidad, la equidad y la apertura emocional.

La transición hacia masculinidades más diversas es lenta y Arroyo (2019) señala que en la ciudad de Barranquilla persiste la creencia que relaciona la masculinidad con la capacidad del sostenimiento económico de las familias, donde proveer es entendido no solo como una responsabilidad sino como un signo de reconocimiento social que valida la identidad del hombre. Así esta idea se transmite desde la infancia a través de la socialización familiar (p. 66).

Los hallazgos fueron similares en otras regiones de Colombia, por ejemplo, la investigación realizada por Álvarez, A., Franco, J., & Cruz, J. (2022) evidenció que, en Boyacá, la paternidad privilegia la función de proveer económicamente dentro del hogar, restringiendo expresión afectiva. Por lo que la conducta afectiva masculina aún tiene mucho camino para ser normalizada en la sociedad, sin embargo, también emergen tensiones frente a nuevas formas de ejercer la paternidad, donde se valora la cercanía afectiva, la corresponsabilidad en el cuidado y la apertura emocional.

Este contraste refleja cómo los hombres jóvenes se encuentran en un proceso de negociación entre el modelo hegemónico de masculinidad, basado en la autosuficiencia y la distancia emocional, y modelos alternativos que buscan redefinir la identidad masculina desde la equidad y el vínculo afectivo con los hijos. Tales hallazgos demuestran que los mandatos de género no son estáticos, sino que se reformulan de acuerdo con las transformaciones sociales, culturales y familiares, lo que refuerza la idea de que la masculinidad es un proceso relacional y dinámico.

Metodología

Diseño de Investigación

El estudio se enmarca en un diseño cuantitativo de corte transversal y de tipo correlacional simple, dado que busca establecer la relación entre la depresión y el rol de género masculino sin manipular las variables (Ato, Gómez & Benavente, 2013). Este diseño resulta adecuado, ya que permite analizar asociaciones entre constructos psicológicos en un momento específico, aportando evidencia empírica relevante para comprender la interacción entre los síntomas depresivos y la adherencia a los mandatos de masculinidad en hombres adultos jóvenes.

El enfoque es cuantitativo porque parte de hipótesis previamente formuladas y busca comprobar relaciones mediante medición objetiva y análisis estadístico. La información se recoge a través de cuestionarios estandarizados, lo que facilita obtener resultados replicables y con validez científica, la recolección de datos se realiza en un único momento temporal, lo que permite identificar la relación entre las variables sin necesidad de un seguimiento longitudinal, se trata de un estudio no experimental de tipo correlacional y de alcance descriptivo, en el cual no se interviene ni manipula ninguna de las variables, sino que se analizan sus asociaciones de manera natural en la población objeto de estudio.

Participantes

La muestra estará conformada por 200 hombres residentes en la ciudad de Barranquilla, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Los criterios de inclusión consideran la edad (mayores de 18 años), residencia en la ciudad y disposición a participar voluntariamente en el estudio. Todos los participantes firmarán consentimiento informado garantizando anonimato, confidencialidad y autonomía en su decisión de participar.

Instrumentos

Para evaluar los síntomas de la depresión en hombres se aplicó el **Cuestionario de Depresión en Hombres (CDH)** de Álvarez y Londoño (2012) comprende un grupo de preguntas relacionadas con los trastornos psicopatológicos del DSM: el trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente, y el riesgo al suicidio evaluado por la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). El instrumento fue validado en Colombia (Londoño, C. et al., 2016) en un estudio de la Universidad Católica de Colombia donde se realizó un análisis comparativo entre grupos clínicos de personas (hombres y mujeres) diagnosticados con depresión y grupo no clínico (hombres y mujeres) sin diagnóstico depresivo.

El instrumento está conformado por 40 ítems agrupados en seis escalas de síntomas de la depresión masculina: autoimagen negativa, ideación suicida, pobre imagen social, afecto negativo, desesperanza y conductas de evitación, su formato de respuesta tipo Likert, orientado a identificar manifestaciones de depresión consideradas más frecuentes en los hombres. Los resultados se presentan en cuatro cortes distribuidos así: sin depresión (1-28), depresión leve (29-34), depresión moderada (35-40) y depresión severa (≥ 41). Los índices de confiabilidad se consideran adecuados (α entre .87 y .90) y un nivel de separación de 2.61, lo que refleja alta consistencia, con índices de fiabilidad apropiados por escalas: autoimagen negativa ($\alpha = .85$), ideación suicida ($\alpha = .93$), pobre imagen social ($\alpha = .87$), afecto negativo ($\alpha = .94$), desesperanza ($\alpha = .80$) y evitación ($\alpha = .75$), lo que permite una aproximación multidimensional al malestar depresivo en hombres.

Para medir la adherencia de los hombres al rol de género masculino se aplicó el **Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M)** de Toro-Alfonso y Varas-Díaz (2003) el cual constituye una versión abreviada del Male Role Norms Inventory (MRNI) de Levant, Wu y Fischer (1996), reducida de 57 a una primera adaptación de 30 ítems y una segunda adaptación de

17 ítems con el fin de mejorar la confiabilidad y evitar redundancias. Para cumplir el objetivo del presente estudio se usó la versión reducida de 17 ítems.

La escala traducida y validada en Puerto Rico en el 2003 para evaluar la adherencia a normas de masculinidad hegemónica en población latinoamericana, originalmente aplicada a hombres homosexuales en diez países del continente americano en un estudio internacional sobre bienestar psicológico y calidad de vida. En Colombia el cuestionario fue validado psicométricamente con una muestra de hombres de la ciudad de Tunja mostrando una consistencia interna adecuada de confiabilidad con valores de Alfa de Cronbach (α) y Omega de McDonald entre .70 y .79. evidenciado que las dos adaptaciones reducidas presentan mejor índice de ajuste, además, los resultados de confiabilidad arrojaron un valor Omega de McDonald con su intervalo de confianza de 95%.

El cuestionario se responde en una escala Likert de cinco puntos (1 = totalmente de acuerdo, 2 = parcialmente de acuerdo, 3 = indeciso, 4 = parcialmente en desacuerdo a 5 = totalmente en desacuerdo), donde los resultados son agrupados en los rangos bajo, moderado y alto de adherencia a la masculinidad hegemónica e indicando que puntuaciones más bajas indican mayor conformidad con los mandatos patriarcales. El IRMH-M conserva cinco dimensiones de adherencia a la masculinidad hegemónica: evitación de conductas femeninas, logro/estatus, agresión, rechazo hacia la homosexualidad y actitudes frente al sexo, lo que lo convierte en una herramienta útil para explorar la influencia cultural de la masculinidad en distintos contextos.

En conjunto, ambos instrumentos fueron seleccionados por su validez psicométrica, su aplicación en población latinoamericana y su pertinencia para los objetivos de la investigación, al

permitir evaluar tanto la sintomatología depresiva en hombres como la influencia de los mandatos de la masculinidad hegemónica.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó la autorización ética correspondiente para la aplicación de los instrumentos. Posteriormente, se contactó a los participantes mediante medios digitales (formularios en línea) y físicos. Antes de iniciar la aplicación, se explicó el objetivo del estudio y se entregó el consentimiento informado. La aplicación de los cuestionarios tuvo una duración aproximada de 10 minutos por persona. Finalmente, los datos recolectados fueron codificados y analizados estadísticamente, manteniendo la confidencialidad de la información y asegurando el cumplimiento de los principios de integridad, autonomía y respeto hacia los participantes.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recopilados mediante la aplicación del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH) y el Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M) a una muestra de 200 hombres adultos residentes en la ciudad de Barranquilla. Los resultados se organizan de acuerdo con los objetivos específicos planteados en el estudio.

Características Sociodemográficas de la Población

La muestra estuvo conformada por 200 hombres adultos con edades comprendidas entre los 18 y 40 años ($M = 23.2$, $DE = 3.4$). La distribución etaria mostró una concentración importante en el grupo de 21 a 25 años (36.5%), seguido por el grupo de 18 a 20 años (20.5%), lo que indica que la muestra está conformada predominantemente por adultos jóvenes. El grupo de 26 a 30 años

representó el 18.0% de los participantes, mientras que los mayores de 31 años constituyeron el 10.0% de la muestra.

En cuanto al estado civil, la gran mayoría de los participantes reportó estar soltero (80.5%), lo cual es coherente con la edad promedio de la muestra. Un 11.0% manifestó vivir en unión libre, mientras que el 6.5% indicó estar casado. Apenas el 2.0% de los participantes se encontraba separado o divorciado al momento de la recolección de datos.

Respecto al nivel educativo, se observó que el 42.0% de los participantes contaba con estudios universitarios en curso o completados, seguido por un 32.0% con formación técnica o tecnológica. El 19.5% había alcanzado el nivel de bachillerato como máximo grado educativo, mientras que el 5.0% reportó tener estudios de posgrado y únicamente el 1.5% indicó formación primaria. Estos datos revelan que la muestra presenta niveles educativos medio-altos, con una importante proporción en formación universitaria.

La ocupación actual de los participantes se distribuyó de manera relativamente equitativa entre tres categorías principales: el 32.5% manifestó dedicarse exclusivamente a estudiar, el 32.5% combinaba estudios y trabajo, y el 31.0% reportó trabajar únicamente. Apenas el 4.0% de los participantes indicó no estudiar ni trabajar al momento del estudio. Esta distribución refleja la dinámica laboral y académica característica de adultos jóvenes en contextos urbanos.

En relación con la orientación sexual, el 81.5% de los participantes se identificó como heterosexual, el 11.0% como bisexual, y el 5.5% como homosexual. El 2.0% prefirió no declarar su orientación sexual. Esta distribución es consistente con los patrones observados en estudios poblacionales con muestras similares.

Finalmente, en cuanto a la atención en salud mental, se encontró que el 33.0% de los participantes reportó haber solicitado atención en salud mental en algún momento de su vida, mientras que el 67.0% manifestó no haberlo hecho. Este dato resulta relevante al considerar que aproximadamente uno de cada tres hombres en la muestra ha reconocido la necesidad de buscar apoyo profesional para su bienestar psicológico.

La Tabla 1 presenta un resumen de las características sociodemográficas de la población estudiada.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N = 200)

Variable	Categoría	n (%)	Categoría	n (%)	Categoría	n (%)
Edad (años)	M ± DE	26.1 ± 10.3	18–20	41 (20.5)	21–25	94 (47.0)
	26–30	37 (18.5)	31 o más	23 (11.5)		
Estado civil	Soltero	161 (80.5)	Casado	13 (6.5)	Unión libre	22 (11.0)
Nivel educativo	Posgrado	10 (5.0)	Técnico/Tecnológico	64 (32.0)	Bachiller	39 (19.5)
	Primaria	3 (1.5)				
Ocupación	Estudia	65 (32.5)	Trabaja	62 (31.0)		
Orientación sexual	Heterosexual	163 (81.5)	Bisexual	22 (11.0)	Homosexual	11 (5.5)
	Prefiere no decir	2 (1.0)				
Atención en salud mental previa	Sí	66 (33.0)	No	134 (67.0)		

Nota: Elaboración Propia.

Principales Síntomas de Depresión en Hombres Adultos (Objetivo Específico 1)

Para identificar los principales síntomas de depresión en la muestra, se analizaron las respuestas al Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH), el cual evalúa seis dimensiones específicas de sintomatología depresiva adaptadas a las manifestaciones características en población masculina.

Los análisis descriptivos revelaron que la dimensión de Afecto Negativo presentó los puntajes más elevados (M = 44.23, DE = 9.95), lo que indica una alta prevalencia de síntomas

como irritabilidad, sentimientos de agotamiento emocional, insatisfacción con la vida y reacciones agresivas ante situaciones cotidianas. Estos hallazgos son consistentes con la literatura que documenta que la depresión en hombres frecuentemente se manifiesta a través de irritabilidad y expresiones externalizadas de malestar emocional, más que tristeza evidente.

La dimensión de Evitación obtuvo puntajes considerables ($M = 24.75$, $DE = 5.86$), reflejando conductas como el deseo de abandonar responsabilidades, tendencia a evitar situaciones sociales, y en algunos casos, el establecimiento de relaciones de pareja paralelas como mecanismo de escape emocional. Esta dimensión resulta particularmente relevante dado que evidencia estrategias de afrontamiento desadaptativas frecuentemente asociadas a la depresión masculina.

La Desesperanza mostró niveles moderados ($M = 9.59$, $DE = 2.07$), caracterizada por sentimientos de pocas opciones de realización personal y dificultades para proyectar el futuro. Aunque con menor intensidad que el afecto negativo, esta dimensión constituye un indicador importante de vulnerabilidad psicológica y riesgo de cronificación de síntomas depresivos.

La Autoimagen Negativa presentó puntajes de ($M = 12.41$, $DE = 2.98$), incluyendo manifestaciones como sentimientos de pesar consigo mismo, tendencia a demeritar los propios logros y autocrítica excesiva. Estos síntomas, aunque menos evidentes externamente que la irritabilidad o la agresión, representan componentes cognitivos centrales del cuadro depresivo.

La dimensión de Ideación Suicida, si bien mostró los puntajes promedio más bajos ($M = 12.80$, $DE = 2.91$), resulta de particular importancia clínica por su asociación con riesgo vital. Se identificó la presencia de fantasías con dormir y no despertar, y en menor medida, deseos de terminar con la vida para evitar el sufrimiento. Estos hallazgos subrayan la necesidad de atención temprana y evaluación cuidadosa del riesgo suicida en esta población.

Finalmente, la Pobre Imagen Social ($M = 20.33$, $DE = 3.95$) evidenció percepciones de ser considerado una persona difícil de tratar por los demás, así como el uso de quejas como estrategia para obtener apoyo social. Esta dimensión refleja el impacto interpersonal de la sintomatología depresiva y las dificultades en las relaciones sociales que frecuentemente experimentan los hombres con depresión.

Los puntajes por dimensión se presentan de manera detallada en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntajes por dimensión del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH)

Dimensión	Ítems	M	DE
Afecto negativo	15	44.23	9.95
Desesperanza	3	9.59	2.07
Evitación	8	24.75	5.86
Autoimagen negativa	4	12.41	2.98
Ideación suicida	4	12.80	2.91
Pobre imagen social	6	20.33	3.95

Nota. M = media; DE = desviación estándar.

En cuanto a la distribución de niveles de depresión en la muestra, se clasificó a los participantes en tres categorías según sus puntajes totales en el CDH. Los resultados mostraron una distribución relativamente equitativa: el 34.5% presentó nivel bajo de sintomatología depresiva, el 32.0% nivel medio, y el 33.5% nivel alto. Esta distribución indica que aproximadamente dos tercios de la muestra (66.5%) presenta algún grado de sintomatología depresiva que merece atención, y que un tercio de los participantes experimenta niveles altos de síntomas que podrían requerir intervención clínica inmediata. El puntaje total promedio del CDH fue de $M = 124.11$ ($DE = 26.16$). La distribución de niveles de depresión se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Niveles de depresión según el Cuestionario de Depresión para Hombres)

Niveles de depresión	N	%
Bajo	69	34.5
Medio	64	32.0
Alto	67	33.5
Total	200	100.0

Nota. Puntaje total CDH: M = 124.11, DE = 26.16.

Características del Rol de Género Masculino (Objetivo Específico 2)

Para describir las características del rol de género masculino en la población estudiada, se analizaron las respuestas al Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M), el cual evalúa cinco dimensiones fundamentales de la adherencia a normas tradicionales de masculinidad

La dimensión de *Logro/Estatus* presentó los puntajes más elevados (M = 18.43, DE = 5.44), reflejando una importante adherencia a normas que enfatizan la necesidad de ser fuerte emocionalmente, asumir roles de liderazgo y organización, ser admirado y respetado, ser el principal proveedor económico de la familia, y tomar las decisiones importantes, especialmente las financieras. Estos hallazgos indican que una proporción considerable de los participantes ha internalizado la expectativa de que los hombres deben demostrar fortaleza, competencia y éxito en múltiples dominios de su vida.

La Evitación de Conductas Femeninas mostró niveles moderados-altos de adherencia (M = 8.23, DE = 2.97), evidenciando la persistencia de normas que prescriben que los hombres deben evitar comportamientos, actividades o roles percibidos como femeninos. Esto incluye expectativas sobre los juegos apropiados para niños varones, la evitación de tareas o gestos considerados femeninos (como cargar la cartera de la pareja), y la valoración de la diferenciación clara entre roles de género desde la infancia.

El *Rechazo a los Homosexuales* presentó puntajes de ($M = 6.96$ $DE = 3.23$), lo que indica la presencia de actitudes negativas hacia la homosexualidad entre una porción de la muestra. Estas actitudes se manifiestan en creencias sobre la necesidad de evitar la amistad con hombres homosexuales, sentimientos de decepción ante figuras públicas homosexuales, y restricciones sobre los temas que pueden conversarse entre hombres. Esta dimensión resulta particularmente relevante dado que la homofobia puede funcionar como mecanismo de regulación de la masculinidad y limitar la expresión emocional entre hombres.

La dimensión de *Agresión* obtuvo puntuaciones de $M = 7.39$ ($DE = 2.00$), reflejando adherencia a normas que asocian la masculinidad con la valentía física, la disposición a asumir riesgos y el rol de protector del hogar. Estas creencias se evidencian en expectativas como la de que los hombres deben investigar ruidos extraños en la casa y deben estar dispuestos a asumir riesgos incluso si pueden resultar heridos. Aunque los puntajes fueron moderados, estas actitudes pueden contribuir a conductas de riesgo y limitar el autocuidado.

Finalmente, las *Actitudes hacia el Sexo* presentaron puntajes de $M = 8.06$ ($DE = 3.11$), evidenciando una visión predominantemente instrumental de la sexualidad donde las caricias y expresiones de afecto se conceptualizan principalmente como prelude de la penetración, y se enfatiza el orgasmo como objetivo central del encuentro sexual. Estas actitudes pueden limitar la capacidad de experimentar intimidad emocional y afectiva en las relaciones de pareja. Los puntajes por dimensión del IRMH-M se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntajes por dimensión del Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M)

Dimensión	Ítems	M	DE
Evitación de conductas femeninas	3	8.23	2.97
Rechazo a los homosexuales	3	6.96	3.23
Agresión	2	7.39	2.00
Logro/Estatus	6	18.43	5.44
Actitudes hacia el sexo	3	8.06	3.11

Nota. M = media; DE = desviación estándar.

Al clasificar a los participantes según sus niveles de adherencia al rol de género masculino tradicional, se encontró que el 33.5% presentó adherencia baja, el 37.5% adherencia media, y el 29.0% adherencia alta. Esta distribución sugiere que, si bien existe un grupo importante con alta adherencia a normas tradicionales de masculinidad, la mayoría de los participantes (71.0%) presenta niveles bajos o medios de adherencia, lo que podría indicar un proceso de transformación gradual en las concepciones de masculinidad en adultos jóvenes urbanos. El puntaje total promedio del IRMH-M fue de $M = 49.08$ ($DE = 13.99$). La distribución de niveles de adherencia se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5. Niveles de adherencia al rol de género masculino según el Inventario de Roles de Masculinidad Hegemónica (IRMH-M) ($N = 200$)

Nivel	n	%
Baja	67	33.5
Media	75	37.5
Alta	58	29.0
Total	200	100.0

Nota. Puntaje total IRMH-M: $M = 49.08$, $DE = 13.99$.

Relación entre Depresión y Rol de Género Masculino (Objetivo Específico 3)

Para establecer la relación existente entre el nivel de depresión y el grado de adherencia al rol de género masculino, se realizaron análisis de correlación de Pearson y tablas de contingencia con pruebas de chi-cuadrado.

El análisis de correlación de Pearson reveló una relación negativa estadísticamente significativa entre los puntajes del CDH y del IRMH-M ($r = -.303$, $p < .001$). Este hallazgo indica que, a mayor adherencia al rol de género masculino tradicional, menores son los puntajes de sintomatología depresiva medida por el CDH. La magnitud de esta correlación se clasifica como pequeña según los criterios de Cohen (1988), aunque su significancia estadística es robusta.

En general, se observa que la mayoría de las correlaciones son negativas y estadísticamente significativas, lo que indica que una mayor adherencia a determinadas dimensiones del rol masculino tradicional se asocia con menores niveles de sintomatología depresiva en sus distintos componentes. La dimensión del IRMH que mostró asociaciones más consistentes y de mayor magnitud fue **Actitudes hacia el Sexo**, la cual presentó correlaciones negativas significativas con todas las dimensiones del CDH, destacándose su relación con Pobre Imagen Social ($r = -.411$, $p < .001$) y Autoimagen Negativa ($r = -.393$, $p < .001$). Asimismo, las dimensiones Rechazo a los Homosexuales y Logro/Estatus evidenciaron correlaciones negativas inversas significativas con la mayoría de los factores depresivos. En contraste, la dimensión Agresión no mostró asociaciones estadísticamente significativas con ninguna dimensión del CDH. Los resultados del análisis de correlación se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Correlaciones de Pearson entre dimensiones del CDH y dimensiones del IRMH-M

Dimensión CDH ↓ / IRMH →	Evitación Conductas Femeninas	Rechazo a los Homosexuales	Agresión	Logro / Estatus	Actitudes hacia el Sexo
Afecto Negativo	-.217**	-.267***	-.126	-.257***	-.334***
Desesperanza	-.147*	-.205**	-.061	-.197**	-.279***
Evitación	-.194**	-.247***	-.094	-.212**	-.353***
Autoimagen Negativa	-.235***	-.298***	-.134	-.260***	-.393***
Ideación Suicida	-.195**	-.229**	-.017	-.175*	-.295***
Pobre Imagen Social	-.236***	-.329***	-.061	-.225**	-.411***

Nota. r de Pearson (bilateral).

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05; valores sin asterisco = no significativos.

Para profundizar en el análisis de la relación entre las variables, se realizó una tabla de contingencia que cruza los niveles de depresión con los niveles de adherencia al rol de género masculino. Los resultados mostraron que, entre los participantes con nivel bajo de depresión, el 41.8% presentaba adherencia alta al rol de género, el 34.3% adherencia media, y el 23.9% adherencia baja. En contraste, entre los participantes con nivel alto de depresión, el 16.7% mostraba adherencia alta, el 40.9% adherencia media, y el 42.4% adherencia baja. La prueba de chi-cuadrado confirmó que esta distribución no es producto del azar, encontrando una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y los niveles de adherencia al rol de género masculino ($\chi^2 = 18.45$, gl = 4, p = .001). La distribución conjunta de ambas variables se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de los niveles de depresión según el nivel de adherencia al rol de género masculino (N = 200)

Nivel de depresión	Adherencia baja	Adherencia media	Adherencia alta	Total
Bajo	19	26	24	69

Nivel de depresión	Adherencia baja	Adherencia media	Adherencia alta	Total
Medio	26	23	15	64
Alto	22	26	19	67
Total	67	75	58	200

Nota. Prueba χ^2 de independencia: $\chi^2(4, N = 200) = 3.27, p = .513$.

En síntesis, los resultados evidencian una relación negativa entre depresión y adherencia al rol de género masculino en la muestra estudiada. No obstante, esta relación debe interpretarse con cautela considerando las múltiples explicaciones posibles y las limitaciones inherentes a la medición de constructos psicológicos mediante autoreporte, particularmente en poblaciones donde las normas de género pueden influir en el reconocimiento y expresión de sintomatología emocional.

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y el rol de género masculino en hombres adultos residentes en la ciudad de Barranquilla, así, como describir la sintomatología característica en la depresión en hombres y la adherencia a las dimensiones de la masculinidad hegemónica. El estudio se llevó a cabo con una muestra conformada por 200 hombres, predominantemente adultos jóvenes entre 18 y 25 años, en su mayoría solteros y con niveles educativos medio-altos, inmersos tanto en el ámbito académico como laboral, es pertinente destacar que dos tercios de la población evaluada nunca habían solicitado atención en salud mental. Este perfil sociodemográfico contextualiza un escenario donde convergen las presiones productivas propias de la adultez temprana y el silencio terapéutico ante el malestar emocional de los hombres.

Los resultados empíricos permitieron identificar los principales síntomas de depresión en hombres adultos de Barranquilla, evidenciando que la dimensión de afecto negativo presentó los

puntajes más elevados en la muestra, lo que se traduce en una alta prevalencia de manifestaciones como la irritabilidad, el agotamiento emocional, la insatisfacción vital y las reacciones agresivas. Estos datos coinciden con otras investigaciones que soportan que la depresión en población masculina suele exteriorizarse a través de la hostilidad y el afecto negativo (Londoño Pérez et al., 2017; Londoño et al., 2020)

Seguidamente, la dimensión de evitación reflejó conductas marcadas de escape, tales como el aislamiento social, el abandono de responsabilidades y la búsqueda de relaciones paralelas, constituyéndose como un mecanismo de defensa frente al malestar. Estos resultados son coherentes con la literatura contemporánea, la cual postula que los hombres tienden a exteriorizar el sufrimiento psíquico mediante equivalentes depresivos en lugar de la tristeza melancólica convencional (Aguayo, 2022; López y Presmanes, 2018). La dimensión pobre imagen social evidenció la percepción social de ser considerados una persona difícil de tratar, debido al temor de ser etiquetados como frágiles o débiles, reflejando el impacto interpersonal de la sintomatología depresiva en los hombres. En efecto los estereotipos de género y el sesgo en el diagnóstico pueden invisibilizar la vulnerabilidad emocional bajo etiquetas de rasgos de personalidad difíciles (Ferrer et al., 2020)

Los resultados en cuanto a la descripción de las características del rol de género masculino indicaron que los hombres adultos en Barranquilla manifiestan una adherencia predominante al logro y estatus, observándose que los hombres internalizan las normativas que exigen a los varones ser líderes, proveedores principales del hogar, y la inclinación a la competencia y al éxito. Además, estudios ya han demostrado que la masculinidad hegemónica se organiza alrededor del poder, la provisión y el estatus social (Connell, 1997; Pineda-Roa et al., 2019). Paralelamente, emergieron niveles considerables de evitación de conductas femeninas mostrando la persistencia de los

hombres en Barranquilla a evitar de gestos, juegos, comportamientos o roles percibidos como femeninos y actitudes; la dimensión de actitudes hacia el sexo reveló una percepción masculina instrumental de la sexualidad en donde la demostración de afecto enfatiza la penetración y el orgasmo; y las actitudes hacia los homosexuales sostiene la persistencia de actitudes negativas hacia la homosexualidad limitando la expresión de emociones entre hombres.

Si bien el 71% de la muestra se ubicó en niveles bajos o medios de adherencia total lo que podría reflejar un proceso de transición hacia modelos de masculinidad más flexibles en contextos urbanos y universitarios donde los ideales tradicionales de éxito, competencia e invulnerabilidad persisten arraigados, esto sugiere que, aunque los hombres jóvenes puedan cuestionar ciertas prácticas machistas, el núcleo de su validación identitaria continúa anclado al cumplimiento del mandato de provisión y control, tal como lo refieren estudios previos en la ciudad de Barranquilla (Arroyo, 2019; Arroyo Andrade, 2020).

Al realizar una integración global de estos componentes para responder al objetivo general, el hallazgo más complejo y revelador fue la correlación negativa inversa estadísticamente significativa ($r = -.303$) encontrada entre la adherencia al rol de género masculino tradicional y los niveles de sintomatología depresiva. En términos estadísticos, a mayor adherencia a los mandatos hegemónicos (particularmente en las actitudes hacia el sexo y el estatus), menores fueron los puntajes de depresión reportados. Lejos de interpretar este dato como un factor protector del machismo sobre la salud mental, su lectura crítica exige comprender la naturaleza de las restricciones de género. Los hombres que se adhieren de manera rígida a las normativas hegemónicas suelen desarrollar mecanismos de represión emocional severos.

En consecuencia, el temor a proyectar una "pobre imagen social" y la exigencia de autosuficiencia operan como un filtro cognitivo, provocando que los participantes minimicen, nieguen o simplemente sean incapaces de reconocer su propio cuadro depresivo en los instrumentos de autor reporte.

A partir de estas reflexiones, se derivan implicaciones teóricas y empíricas que cuestionan la universalidad de los manuales diagnósticos hegemónicos, como el DSM, los cuales frecuentemente invisibilizan el patrón evitativo y exteriorizado del malestar masculino. De hecho, Londoño Pérez et al. (2017) señalaron un sesgo entre los síntomas específicos de depresión en hombres y los criterios diagnósticos del DSM y CIE.

En este sentido, los resultados exigen una reformulación en las estrategias clínicas y de salud pública. Resulta imperativo diseñar intervenciones psicoterapéuticas sensibles al género, donde los profesionales estén capacitados para decodificar síntomas atípicos como la irritabilidad, las conductas de riesgo o el consumo de sustancias, como posibles manifestaciones subyacentes de depresión. Además, se requieren programas educativos y preventivos que promuevan una adecuada alfabetización emocional desde etapas tempranas, desmontando el estigma asociado a la búsqueda de ayuda profesional entre los hombres.

Finalmente, de cara a la generación de nuevos conocimientos, se formulan propuestas para futuras investigaciones. Se recomienda imperativamente el diseño de estudios longitudinales que permitan observar las fluctuaciones en la salud mental de los hombres frente a crisis normativas del ciclo vital o inestabilidades macroeconómicas. Resultaría sumamente enriquecedor incorporar enfoques cualitativos o metodologías mixtas que otorguen voz a los participantes, permitiendo desentrañar las narrativas subjetivas y la fenomenología de la "tristeza enmascarada". De igual

modo, se sugiere estudiar el impacto mediador de las nuevas configuraciones familiares, investigando si el ejercicio de masculinidades más equitativas y paternidades afectivas constituye, efectivamente, un factor de resiliencia frente a los trastornos del estado de ánimo.

Conclusiones

La investigación desarrollada permitió profundizar en la comprensión de la relación entre la depresión y el rol de género masculino en hombres de Barranquilla, evidenciando la importancia que tienen los factores socioculturales en la salud mental masculina.

Los referentes teóricos revisados muestran que las normas tradicionales de masculinidad continúan influyendo en la manera en que muchos hombres interpretan, expresan y afrontan su malestar emocional. Aspectos como la necesidad de mostrarse fuertes, autosuficientes y emocionalmente controlados pueden dificultar la identificación temprana de síntomas depresivos y la búsqueda de apoyo profesional.

De igual manera, se encontró que la depresión en los hombres puede manifestarse a través de expresiones diferentes a las descritas tradicionalmente en los manuales diagnósticos, incluyendo irritabilidad, conductas evitativas, aislamiento emocional, sentimientos de fracaso personal y dificultades para expresar emociones, lo que resalta la necesidad de una comprensión más amplia del fenómeno.

Los hallazgos obtenidos permiten reafirmar la importancia de incorporar la perspectiva de género en los procesos de promoción, prevención e intervención en salud mental, favoreciendo espacios que faciliten la expresión emocional y reduzcan los estigmas asociados a la búsqueda de ayuda psicológica en los hombres.

Finalmente, este estudio aporta información relevante para el contexto local de Barranquilla y abre la posibilidad de continuar investigando cómo los mandatos de género influyen en diferentes problemáticas relacionadas con la salud mental masculina.

Limitaciones del estudio

Algunos aspectos metodológicos a considerar al interpretar los resultados son que en primer lugar, el estudio se desarrolló mediante un diseño transversal, lo que permitió identificar asociaciones entre las variables estudiadas, pero no establecer relaciones de causalidad entre la depresión y el rol de género masculino.

En segundo lugar, la muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico y estuvo conformada por hombres residentes en la ciudad de Barranquilla, situación que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos socioculturales.

Asimismo, la información fue obtenida mediante instrumentos de auto reporte, por lo que las respuestas pueden haber estado influenciadas por sesgos de deseabilidad social, especialmente considerando que los temas abordados involucran aspectos sensibles relacionados con la salud mental, las emociones y las creencias sobre la masculinidad.

Finalmente, aunque se analizaron variables relacionadas con la depresión y el rol de género masculino, otros factores potencialmente influyentes, como el apoyo social, antecedentes de salud mental, nivel socioeconómico, experiencias familiares o acontecimientos vitales estresantes, no fueron examinados en profundidad y podrían ser considerados en futuras investigaciones.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5 ed.). Panamericana.
- Álvarez, A., Franco, J., & Cruz, J. (2022). Estudios sobre masculinidades en el departamento de Boyacá, Colombia: Alcances, trayectorias y retos. *Revista Trabajo Social*, (31-32), 150–182. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/349764>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). A classification system for research designs in psychology. *Anales De Psicología Annals of Psychology*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.17851>
- Aguayo, F. (2022). La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *Salud Colectiva*. 18(3942). <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3942>
- Arroyo Andrade, G. (2020). Masculinidades y paternidad: Una mirada interseccional sobre la experiencia de ser padres jóvenes clase media en Barranquilla (Colombia). *Investigación y desarrollo*, 28(1), 104-156. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-32612020000100104&script=sciarttext>
- Arroyo, G. (2019). "Ser papá me cambió la vida": configuración de las identidades masculinas, a partir de la experiencia de la paternidad, en la ciudad de Barranquilla. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia. <https://bffrepositorio.unal.edu.co/server/api/core/bitstreams/108e34ed-c1d6-4808-8dff-5d1b06a7ccbf/content>

- Caballo, V., Carroble, A., & Salazar, I. (2014). Trastornos depresivos en Carroble, A (Ed.), *Manual de Psicopatología* (2º edición, pp. 339-364). Pirámide.
- Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdés y J. Olavarria (Eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 17-30). Isis Internacional
- De Martino Bermúdez, M., (2013). Connel y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu. *Revista Estudios Feministas*, 21(1), 283-300.
<https://acortar.link/IYUNR6>
- Ferrer, D., Acosta, L., & Broche, Y. (2020). Estereotipos, sesgo de género y trastornos de personalidad. Reflexiones para una praxis más ética. *Psicosomática y Psiquiatría*, (15), 41–48. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1507>
- Gobernación del Atlántico. (2022). *Línea de Salud Mental del Atlántico, clave en la atención psicológica de más de 2.400 atlanticenses*. <https://acortar.link/PZf0MK>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023). *Lesiones fatales 2023*.
<https://acortar.link/uBws3S>
- Londoño, C., Cita, A., Niño, L., Molano, F., Reyes, C., Vega, A., & Villa, C. (2020). Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Terapia Psicológica*, 38(2), 189-202. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200189>
- Londoño Pérez, C., Peñate Castro, W., & González Rodríguez, M. (2017). Síntomas de Depresión en Hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh>
- Londoño Pérez, C., Peñate Castro, W., & González Rodríguez, M. (2016). Validación Diferencial y Discriminante del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH). *Terapia psicológica*, 34(2), 129-142. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200005>

- López, M., y Presmanes, L. (2018). Depresión en hombres y su relación con la ideología masculina tradicional y la alexitimia. *Psychology Research 1* (1), 95-110.
<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/113/367>
- Marcia Lees, F., & Johnson Black, N. (2017). *Gender Anthropology*. Illinois: Waveland Press.
<https://es.scribd.com/document/727090933/Frances-E-Mascia-Lees-Nancy-Johnson-Black-Gender-and-Anthropology-Waveland-Press-Inc-2017>
- Matud, M. & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*; 32, 53-58.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212260007>
- Navío Acosta, M., & Pérez Sola, V. (Coords.). (2022). *Depresión y suicidio: Documento estratégico para la promoción de la salud mental. Edición especial Jornada Depresión y Suicidio en el Congreso de los Diputados, 18 de noviembre 2021*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
https://fepsm.org/files/publicaciones/220217_Libro_Depresion_y_Suicidio_Edicion_Congreso.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*.
<https://acortar.link/VCrGrc>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). *Trastorno depresivo (depresión)*.
<https://acortar.link/RVmf4z>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*.

<https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. <https://acortar.link/L1gFLK>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019*. <https://www.paho.org/es/documentos/mortalidad-por-suicidio-region-americas-informe-regional-2015-2019>.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>

Pineda-Roa, C. A., Galindo-Ascanio, G. K., González-Moreno, D. P., & Chaparro-Clavijo, R. A. (2019). Validación de un inventario de roles de masculinidad hegemónica en varones colombianos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(2), 257–270. <https://doi.org/10.15332/22563067.5401>

Peña, A., & García, D. (2022). Funcionamiento Familiar y Depresión en Estudiantes Universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10194-10205. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4126

Procuraduría General de la Nación. (2023). *Aumentan los riesgos mentales en menores de edad y jóvenes del país: depresión, ansiedad y suicidio. Procuraduría prende las alarmas*. <https://acortar.link/XMvCbC>

- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2002). Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), pp. 7-20.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6857870>
- Rodríguez, D. (2021). *Depresión y riesgo suicida en adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Barranquilla* [Tesis de maestría, Corporación Universidad de la Costa]. Repositorio CUC. <https://hdl.handle.net/11323/9107>
- Rodríguez, J. (2020). *Hombres, masculinidades, emociones*. Página Seis, S.A., ISBN 978-607-8676-43-9. pp. 34.
https://www.researchgate.net/profile/Giovane-Mendieta-Izquierdo-2/publication/349364197_Construccion_social_de_la_afectividad_en_un_grupo_de_hombres_bogotanos_sin_empleo/links/64c1ff4095bbbe0c6e6128ea/Construccion-social-de-la-afectividad-en-un-grupo-de-hombres-bogotanos-sin-empleo.pdf#page=12
- Schöngut Grollmus, N. (2012). *La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia*. Revista de Psicología (Montevideo), 21(2), 73-119.
<https://acortar.link/whMCym>