

Depresión en hombres mexicanos y su relación con normas de masculinidad, búsqueda de ayuda y actividades cotidianas

Depression in Mexican Men and its Relationship with Masculinity Norms, Help-Seeking, and Daily Activities

Depressão em homens mexicanos e sua relação com as normas de masculinidade, busca de ajuda e atividades diárias

Alejandro González-González

Julieta Díaz Román

Rachel Levy

Natalia Matarredona Tello

Sharon Shamosh Hamui

Diana Betancourt Ocampo

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac (México)

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.15489>

Resumen

La depresión es uno de los padecimientos más frecuentes en población adulta; si bien la literatura indica que los hombres la presentan en menor medida que las mujeres, esto podría deberse a la forma en la que están expresando los síntomas. En el presente estudio se probaron modelos de regresión para identificar el papel que juegan la conformidad con las normas sociales de masculinidad, así como las actividades cotidianas y la

búsqueda de ayuda en el riesgo de depresión en una muestra de 207 hombres con un promedio de edad de 28.6 años (DE = 8.60). Se utilizó la Escala de Riesgo de Depresión Masculina (MDRS-22, por sus siglas en inglés), el Inventario de Conformidad con las Normas de Masculinidad (CMNI-22, por sus siglas en inglés), el Cuestionario de Cosas que Haces (TYDQ-21, por sus siglas en inglés) y la dimensión de búsqueda de ayuda del Cuestionario de Alfabetización en Salud Mental (MHLq,

Alejandro González-González, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6323-3851>

Julieta Díaz Román, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3076-1914>

Rachel Levy, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1156-3722>

Natalia Matarredona Tello, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7803-5678>

Sharon Shamosh Hamui, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2029-7492>

Diana Betancourt Ocampo, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6405-9827>

Financiación: el presente estudio no contó con financiación. Conflicto de interés: los autores confirman que no tienen conflicto de interés. Autor de correspondencia: Diana Betancourt Ocampo, Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México, Campus Norte. Dirección: Avenida Universidad Anáhuac #46, colonia Lomas Anáhuac, Huixquilucan, Estado de México; C.P. 52786. Teléfono: +52-55-56-27-02-10, ext. 8495. Correo electrónico: diana.betancourt@anahuac.mx

Para citar este artículo: González-González, A., Díaz Román, J., Levy, R., Matarredona Tello, N., Shamosh Hamui, S., & Betancourt Ocampo, D. (2025). Depresión en hombres mexicanos y su relación con normas de masculinidad, búsqueda de ayuda y actividades cotidianas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 43(2), 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.15489>

por sus siglas en inglés). Los resultados mostraron que en una de las muestras estudiadas la conformidad con las normas sociales y las conexiones sociales fueron variables predictoras del riesgo de depresión en hombres. En la otra muestra, la búsqueda de ayuda fue la variable más importante para explicar el riesgo de depresión en hombres. Se discuten los datos en función de las diferencias para manifestar la depresión en hombres.

Palabras clave: depresión, hombres, salud mental, masculinidad, normas sociales

Abstract

Depression is one of the most common mental health conditions in the adult population. Even though the literature states that men present it less frequently than women, this may be due to the way they're expressing their symptoms. In the present study, regression models were tested to identify how conformity to social norms of masculinity, daily activities and attitude toward help seeking can play a role in the risk of depression in a sample of 207 men with an average age of 28.6 years ($SD = 8.60$). The Male Depression Risk Scale (MDRS-22), The inventory of Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-22), The Things You Do Questionnaire (TYDQ-21) and the dimension of attitude toward help-seeking of the Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ) were used. The results showed that in one of the samples studied, conformity to male norms and social connections were predictor variables for risk of depression in men. In the other sample, the variable of attitude toward help-seeking was the most important variable to explain risk of depression in men. The data is discussed regarding the differences in the manifestation of depression in men.

Keywords: depression, men, mental health, masculinity, social norms

Resumo

A depressão é uma das doenças mais frequentes na população adulta. Embora a literatura indique que os homens a apresentem em menor grau do que as mulheres, essa diferença pode estar relacionada à forma como expressam os sintomas. Neste estudo, foram testados modelos de

regressão para identificar o papel desempenhado pela conformidade às normas sociais de masculinidade, pelas atividades da vida diária e pela busca de ajuda no risco de depressão em uma amostra de 207 homens, com idade média de 28.6 anos ($DP = 8.60$). Foram utilizadas a Escala de Risco de Depressão Masculina (MDRS-22, por suas siglas em inglês), o Inventário de Conformidade com Normas de Masculinidade (CMNI-22, por suas siglas em inglês), o Things You Do Questionnaire (TYDQ-21, por suas siglas em inglês) e a dimensão de busca de ajuda do Questionário de Alfabetização em Saúde Mental (MHLq, por suas siglas em inglês). Os resultados indicam que, em uma das amostras analisadas, a conformidade às normas sociais e as conexões sociais foram preditores de risco de depressão em homens. Em outra amostra, a busca de ajuda foi a variável mais relevante para explicar o risco de depressão em homens. Os dados são discutidos à luz das diferenças na forma como os homens manifestam a depressão.

Palavras-chave: depressão, homens, saúde mental, masculinidade, normas sociais

La salud mental, definida como un estado de bienestar integral, que abarca las dimensiones: afectiva, psicológica y social de los individuos (OMS, 2024), es uno de los grandes retos de la sociedad, puesto que impacta a personas de todas las edades y contextos; sin embargo, a pesar de su importancia, sigue siendo un tema rodeado de estigmas y barreras.

En el mundo, se estima que 1 de cada 8 personas vive con algún problema de salud mental y que estos datos han aumentado un 25 % en las últimas dos décadas, siendo la ansiedad y la depresión los padecimientos más comunes, lo que es preocupante, ya que el acceso a la atención sigue siendo limitado, con solo el 2 % del presupuesto global destinado a este rubro (WHO, 2022).

En México, la sintomatología depresiva representa un problema de salud pública, dado que el 16.1 % de la población adulta presenta síntomas depresivos moderados o severos y, de acuerdo con

estos datos, la padecen en mayor medida las mujeres (21 %) que los hombres (10.7%) (Shamah-Levy et al., 2022). Si bien la evidencia indica que las mujeres suelen manifestar con mayor frecuencia sintomatología depresiva, esto no implica que la depresión afecte en menor medida a los hombres, sino que más bien podría estar relacionada con la manera en que experimentan y expresan sus síntomas (Londoño & González, 2016; Londoño et al., 2017), así como con las barreras que enfrentan para reconocer su malestar y buscar ayuda.

Esto implica un análisis y consideración del concepto de masculinidad, el cual, conforme con Connell (1997), se refiere a una posición en las relaciones de género, las prácticas mediante las cuales los hombres se comprometen con esta posición y los efectos sobre la experiencia corporal, la personalidad y la cultura. Sin embargo, más allá de las diferencias por sexo, surgen las definiciones normativas, que ofrecen un modelo de masculinidad en función de lo que los hombres “debieran ser”; no obstante, esta definición no es estática, por lo que Connell (1997) propone un modelo para la estructura del género que diferencie tres dimensiones: poder, producción y catexis (vínculo emocional), mismas que deben de ser consideradas al momento de analizar el rol de los hombres en la dinámica social, reconociendo las dificultades que entraña la noción de masculinidad, relacionadas con la imposibilidad de alcanzar una neutralidad que se refleje en asunciones sobre el género, y que impacta en el desarrollo de formas de “medición”. Si bien el género es entendido como una práctica social que alude a lo que es el cuerpo y lo que este puede hacer, no es una práctica social que solo se limita al cuerpo (Fuller, 2020).

En este mismo sentido, se puede decir que el concepto de masculinidad hegemónica no es un constructo de carácter fijo, el mismo siempre y en todas partes, es más bien el lugar que este constructo ocupa en un modelo dado por las relaciones de género, una posición siempre disputable. Hay que considerar que dicha hegemonía se inserta en

una estructura social caracterizada por contextos demandantes y autoafirmativos para algunas condiciones que se imponen en sociedades basadas en la producción y la dominación (Cerón & Morrison, 2019, 2024).

Sin embargo, hay que resaltar que, según los nuevos planteamientos, el concepto de masculinidad hegemónica pareciera haber evolucionado, adquiriendo nuevos significados a través de su aplicación en varios campos, lo que demanda su uso en función de los distintos escenarios y momentos en que se aborda (Connell & Messerschmidt, 2005). Se plantea la necesidad de articular el concepto de masculinidad hegemónica en cuatro dimensiones: complejizar el modelo de jerarquía de género, resaltando el papel de las mujeres; reconocer explícitamente la geografía de las masculinidades, esto es, ahondar en la interrelación entre los niveles locales, regionales y globales; un análisis particular del concepto en contextos de privilegio y poder; un mayor énfasis en las dinámicas de la masculinidad hegemónica, reconociendo las contradicciones internas y los posibles avances hacia la democracia de género (Connell & Messerschmidt, 2005).

Es en los hombres en los que la salud en general representa uno de los grandes retos, debido a que es en esta población en la cual se encuentra una menor esperanza de vida, una mayor carga de enfermedad y el predominio de conductas de riesgo que aparecen desde etapas tempranas del curso de vida. Estas diferencias no responden únicamente a factores biológicos, sino que están directamente influidas por determinantes sociales como el género, la clase social y la etnia, los cuales condicionan trayectorias desiguales en salud.

Además, es cierto que existen diferencias en la mortalidad y morbilidad observada en los hombres respecto a las mujeres; en los hombres se observa sobremortalidad por causas prevenibles como muertes violentas, accidentes viales, suicidio y consumo de alcohol y drogas, aunado a una menor expectativa de vida y mayor carga de enfermedad

en hombres, con muerte y enfermedad vinculadas a riesgos tempranos en el curso de vida (De Keijzer et al., 2022).

En el campo de la salud mental de los hombres, prevalece la normalización de una masculinidad caracterizada por la presencia de ciertas desviaciones de la norma, lo que genera que se invisibilicen ciertos padecimientos o su gravedad. Esto ha impactado en las alternativas de atención a la salud mental, generando una subrepresentación de este grupo poblacional, sumado a que muchas veces estos padecimientos solo parecieran validarse en el ámbito penal/judicial, atribuyendo la desviación o el comportamiento antisocial de manera particular a los hombres, lo que refuerza la representación y “normalidad” de una masculinidad que implicaría sanción o castigo (Bonino, 2000; Chatmon et al., 2020; Sileo & Kershaw, 2020; Staiger et al., 2020; Harris, 2021).

Wong et al. (2017) realizaron un metaanálisis en el que encontraron que una mayor conformidad con las normas masculinas se asoció con una peor salud mental, al igual que con una menor búsqueda de ayuda y con un funcionamiento social negativo. La conformidad con las normas masculinas de autosuficiencia, poder sobre las mujeres y donjuanismo se relacionaron negativamente con la salud mental.

Exner et al. (2021) también hicieron una revisión sistemática en estudios con adolescentes varones y hallaron que una mayor aceptación de los rasgos “masculinos” (p. e., ambicioso, asertivo) se asoció con menos problemas de conducta internalizante y mayor apoyo social; además, observaron que una menor “tipicidad” de género y una mayor adherencia a las normas estereotipadas de roles de género se asociaron con más problemas de conducta internalizantes y menor apoyo social.

Otros estudios (Kaufman, 1997; De Keijzer et al., 2022) reportan que el adherirse a los estándares de la masculinidad, como, por ejemplo, la falta de expresión emocional y la búsqueda de ayuda, se asocia con altos índices de depresión y

suicidio, consumo problemático de alcohol y drogas, así como con enfermedades psicosomáticas.

Algunos autores (Rice et al., 2013; Rochlen et al., 2009) sugieren que la masculinidad tradicional influye en la manifestación de la depresión, con síntomas externalizantes como enojo, agresión, abuso de sustancias, presencia de síntomas somáticos y de conductas de riesgo, conductas que son más aceptables dentro del modelo de masculinidad predominante. Rice et al. (2013) encontraron que los hombres con mayor identificación con normas masculinas tradicionales tienden a puntuar más alto en síntomas externalizantes de la depresión (evaluados con la *Male Depression Risk Scale*, MDRS-22), lo que denota que la depresión puede pasar desapercibida bajo criterios convencionales de diagnóstico.

Adicionalmente, los autores reportan correlaciones significativas e importantes entre las normas masculinas tradicionales y los síntomas depresivos, lo que confirma que comportamientos como el uso de sustancias, el enojo, la supresión de emociones y la somatización (que, de acuerdo con el instrumento, estaría evaluando riesgo de depresión) podrían estar reflejando los síntomas de depresión en hombres (Rice et al., 2013).

Por otra parte, Herreen et al. (2022) confirman que los puntajes evaluados por la MDRS-22 (tanto el puntaje total como por dimensión) se asocia con los puntajes obtenidos con el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9), que es un instrumento utilizado tradicionalmente para evaluar síntomas depresivos, es decir, que corroboran que la expresión de síntomas externalizantes podría estar reflejando la presencia de sintomatología depresiva. Walther et al. (2021) plantean que el MDRS-22 podría ser más efectivo en la identificación de depresión en hombres, sin embargo, no debe considerarse como un reemplazo del PHQ-9, debido a que ambos evalúan dimensiones diferentes de la depresión.

Es importante señalar que la expresión de síntomas depresivos en los hombres atraviesa por

las normas tradicionales que establece el grupo social en el que se desarrollan y que se refieren a las reglas y estándares que guían y limitan el comportamiento de una persona, como pudieran ser la fuerza, agresividad, valentía, autonomía y represión emocional (Secretaría de Salud, 2024).

La presión por cumplir con valores asociados a la masculinidad, como el éxito, la fortaleza y la independencia, impactan negativamente en el bienestar emocional de los hombres, generando frustración, inseguridad y sobrecarga emocional que podrían impedir un manejo adecuado de las demandas que se le presenten. El hecho de que los hombres no cumplan satisfactoriamente con las normas sociales tradicionalmente asociadas a su género puede afectar su bienestar y el reconocimiento de síntomas depresivos, al igual que el negarse a buscar ayuda, lo que podría llevarlos a presentar problemáticas más severas como lo puede ser la conducta suicida (Aguayo, 2022b).

Al respecto, en el estudio de Rice et al. (2013) reportan que puntajes altos en riesgo de depresión (evaluado con el MDRS-22) se relacionan significativamente con puntajes altos en la conformidad con las normas masculinas, tanto para el total de la escala como por las dimensiones de la MDRS-22. Sin embargo, las dimensiones en las que se ubicaron las correlaciones más altas fue con el enojo y agresión, así como con las conductas de riesgo; es decir que aquellos hombres que presentan una mayor conformidad con las normas masculinas fueron quienes presentaron mayores puntajes en las distintas expresiones externalizantes de la depresión.

Por otro lado, la literatura indica que tanto la búsqueda de ayuda como las actitudes favorables respecto a esta pudieran favorecer una detección y tratamiento oportuno de los padecimientos de salud mental. Al respecto, Olivari et al. (2022) definen la búsqueda de ayuda como un comportamiento planificado y orientado a la resolución de un problema, que implica la interacción con un profesional del área de la salud.

Esta conducta suele surgir a partir de una necesidad emocional, social o de salud, y representa un paso fundamental para acceder a intervenciones eficaces. Sin embargo, la disposición a buscar ayuda no se manifiesta de la misma forma en todas las personas. Algunos estudios (p. e., Dias et al., 2018) han reportado que las mujeres tienden a presentar mayores puntajes en esta conducta en comparación con los hombres, lo que sugiere una diferencia importante en la forma en que ambos sexos enfrentan los problemas de salud mental.

Particularmente en el caso de los hombres con depresión, Aguayo (2022a) señala que la búsqueda de ayuda suele verse limitada por barreras culturales, el estigma social y deficiencias en el sistema de salud, lo que dificulta su acceso a atención psicológica. En muchos casos, los hombres no identifican su malestar como depresión, sino que lo interpretan como estrés, lo que los lleva a recurrir a estrategias alternativas, como el apoyo familiar o de pareja, la lectura, la música o el cuidado de otros, en lugar de acudir a un especialista. Es por ello que uno de los principales desafíos en el campo de la salud mental es identificar formas alternativas que, más allá de abordar una problemática específica, permitan contar con evidencia que respalde cómo ciertas actividades propias de la vida cotidiana contribuyen a un mayor bienestar psicológico.

En este sentido, Titov et al. (2022) efectuaron un estudio en el que identificaron diversas actividades de la vida cotidiana que pueden favorecer la salud mental, entre las que se incluyen: pensamientos saludables (tener pensamientos realistas sobre uno mismo, el mundo y el futuro; lo que implica mantener la perspectiva y tratarse con respeto y amabilidad en momentos difíciles), metas y planes (establecer objetivos que brinden energía y motivación, ya que la planificación permite tener algo que esperar con entusiasmo y evita quedarse atrapado en problemas del pasado), rutinas saludables (desarrollar hábitos como mantener horarios regulares de sueño, una alimentación equilibrada y actividad

física), actividades significativas (realizar acciones que generen una sensación de alegría, logro y satisfacción) y conexiones sociales (mantener vínculos con la familia, amigos o comunidad para brindar un sentido de pertenencia y validación).

De acuerdo con los principios básicos de la conducta, estas actividades son susceptibles de ser modificadas, lo que implica que cualquier persona puede cambiarlas y mejorarlas a través de la práctica. Se espera que estos cambios contribuyan a la promoción de la salud mental, particularmente en el manejo de padecimientos como la ansiedad y la depresión. Estos autores (Titov et al., 2022) encontraron asociaciones negativas y significativas entre casi todas las dimensiones de las actividades cotidianas (excepto con las conexiones sociales) y los síntomas de depresión y ansiedad en la población adulta. Además, hallaron asociaciones positivas con la satisfacción con la vida en cuatro de las cinco dimensiones, excepto con la dimensión de metas y planes.

Como se puede apreciar, el estudio de la salud mental en los hombres representa un gran reto; si bien la salud mental en sí es una problemática compleja dados los estigmas y creencias erróneas que hay alrededor de esta, en población masculina esto se complejiza aún más, puesto que las normas tradicionales de masculinidad se relacionan con el hecho de que los hombres se muestren reacios a buscar ayuda de manera oportuna para problemas de salud mental.

Igualmente, existe poca evidencia sobre cómo los servicios de salud mental abordan las necesidades específicas de los hombres en relación con padecimientos como la depresión (Chatmon et al., 2020; Harris, 2021; Sileo & Kershaw, 2020; Staiger et al., 2020). Es por ello que en la presente investigación se busca probar dos hipótesis para ver cuál explica un mayor porcentaje de varianza del riesgo de depresión en población masculina, siendo las siguientes:

H₁: la baja conformidad con las normas sociales masculinas y el llevar a cabo con mayor frecuencia actividades cotidianas que favorecen la salud mental explican un menor riesgo de presentar síntomas depresivos en una muestra de hombres adultos.

H₂: la baja conformidad con las normas sociales masculinas y una actitud favorable hacia la búsqueda de ayuda predicen un menor riesgo de síntomas depresivos en una muestra de hombres adultos.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 207 hombres adultos de entre 20 y 50 años residentes del Valle de México. Como se observa en la Tabla 1, el promedio de edad fue de 28 años, el mayor porcentaje indicó que eran solteros y que cuentan con estudios de nivel licenciatura. Además, aproximadamente el 40 % reportó que era empleado y una tercera parte de la muestra mencionó que era estudiante.

Instrumentos

Se empleó la MDRS-22 de Rice et al. (2013), la cual evalúa los síntomas externalizados de depresión en hombres adultos. El instrumento se conforma de seis dimensiones: 1) supresión de las emociones (4 reactivos, $\alpha = 0.85$); 2) consumo de drogas (3 reactivos, $\alpha = 0.90$); 3) consumo de alcohol (4 reactivos, $\alpha = 0.91$); 4) síntomas somáticos (4 reactivos, $\alpha = 0.79$); 5) enojo y agresión (4 reactivos, $\alpha = 0.91$) y 6) toma de riesgos (3 reactivos, $\alpha = 0.76$). Es un instrumento en formato tipo Likert con ocho opciones de respuesta (que van de “en absoluto” a “casi siempre”) y en el que puntuaciones altas indican un mayor riesgo y gravedad de depresión en los hombres.

Tabla 1
Distribución de los participantes por datos generales

	%
Estado civil	
Solteros	68.6
Casados	23.7
Separados	1.4
Unión libre	1.4
Viudos	0.5
Otro	4.3
Nivel educativo	
Primaria	0.5
Bachillerato	13.0
Licenciatura	75.4
Posgrado	11.1
Ocupación	
Empleado	43.5
Estudiante	34.3
Negocio propio	19.3
Desempleado	1.0
Cuidado del hogar	0.5
Otra	13.0
Edad	
Media	28.6
DE	8.60

Rice et al. (2013) reportaron evidencia de validez convergente, ya que obtuvieron correlaciones positivas y significativas (entre $r = 0.31$ a $r = 0.69$) entre las seis dimensiones de la MDRS-22 con el PHQ-9, que es una herramienta estándar para valorar síntomas depresivos en población adulta. En México no se encontró evidencia de validez y confiabilidad de este instrumento, por lo que, como parte del estudio, se analizará su funcionamiento psicométrico.

Para medir las actitudes en la búsqueda de ayuda en salud mental, se utilizó una dimensión del *Mental Health Literacy Questionnaire* (MHLq). Este instrumento cuenta con un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”); la dimensión empleada consta de 6 reactivos ($\alpha = 0.71$). Este instrumento fue diseñado para jóvenes y adultos, y los resultados de diferentes

estudios han mostrado valores adecuados tanto de validez como de confiabilidad (Dias et al., 2018). Sin embargo, en población mexicana no se halló evidencia de su funcionamiento, por lo que en la presente investigación se revisará su funcionamiento psicométrico.

Además, se usó la versión adaptada a población mexicana del Things You Do Questionnaire (TYDQ-21) de Titov et al. (2022). Esta herramienta cuenta con 21 reactivos que se agrupan en cinco dimensiones: 1) metas y planes; 2) rutinas saludables; 3) conexiones sociales; 4) pensamiento realista y 5) actividades significativas.

Asimismo, cuenta con un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de “nunca” a “siempre”). Titov et al. (2022) reportaron evidencia de un adecuado funcionamiento del instrumento, reportando una confiabilidad (alfa de Cronbach) total del instrumento de 0.900. En México, el TYDQ-21 se ha utilizado en muestras de población adulta (Betancourt et al., en prensa), en las que se ha encontrado evidencia de validez, confirmando el modelo con las cinco dimensiones y obteniendo valores de confiabilidad (alfa de Cronbach) para el total de la escala entre 0.90 y 0.92.

También se empleó el Conformity to Masculine Norms Inventory, CMNI) de Mahalik et al. (2003). Este instrumento, en su versión original, consta de 94 reactivos que evalúan la conformidad con una serie de normas culturales dominantes de masculinidad. Tiene un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”), en el cual las puntuaciones más altas reflejan una mayor conformidad con las normas de masculinidad.

En este estudio se utilizó la versión abreviada del instrumento (CMNI-22), la cual consta de 22 reactivos, con dos reactivos correspondientes a cada una de las de las siguientes dimensiones: 1) impulso para ganar y tener éxito; 2) deseo de control emocional o de no expresar emociones; 3) realizar conductas de riesgo; 4) aceptación de

la violencia física si es necesario; 5) creencias de que los hombres deberían tener más poder que las mujeres; 6) sentirse cómodo con la autoafirmación o el control de una situación; 7) deseo de tener múltiples parejas sexuales; 8) tendencia a ser autosuficiente; 9) no aprobar la homosexualidad; 10) deseo de ser visto como importante y 11) un enfoque principal en la importancia del trabajo.

Los resultados psicométricos de esta versión mostraron que se trata de un instrumento unidimensional con un alfa de Cronbach de 0.94 (Mahalik et al., 2003). Del mismo modo, se incluyó un cuestionario de preguntas cerradas para obtener información sobre los aspectos sociodemográficos de los participantes (edad, escolaridad, ocupación, etc.).

Procedimiento

Debido a que el propósito del presente estudio fue probar dos modelos de regresión, se generaron dos versiones de instrumentos a través de la plataforma Google Forms; una de las versiones incluía los instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos, el MDRS-22, el CMNI-22 y la dimensión de búsqueda de ayuda del MHLq; la segunda versión incluyó: cuestionario de datos sociodemográficos, el MDRS-22, el CMNI-22 y el TYDQ-21. Posteriormente, se llevaron a cabo las convocatorias para la participación a través de redes sociales, como Facebook, WhatsApp e Instagram, así como de forma personal.

A los participantes se les informó sobre el objetivo del estudio y el uso confidencial de la información. A quienes aceptaron participar, inicialmente se les preguntó si no contaban con algún diagnóstico previo de los siguientes padecimientos: depresión, ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno bipolar o algún trastorno de personalidad, esto con el objetivo de no incluir aquellos participantes que ya tuvieran un diagnóstico y que posiblemente estuvieran con algún tipo de tratamiento que pudiera ser un sesgo para los datos.

Del total de participantes que ingresaron al formulario, en una de las versiones (muestra A) ya no respondieron todos los instrumentos 43 hombres (por la respuesta afirmativa a la pregunta que sirvió de filtro) y en la otra versión (muestra B) fueron 50. Cuando los participantes indicaron que no contaban con un diagnóstico, se les permitía responder los instrumentos. Al finalizar la aplicación, se les proporcionó información sobre centros de apoyo psicológico a los que podían acudir en caso de necesitarlo en algún momento.

Análisis de datos

Para analizar los datos, en primer lugar, se calcularon frecuencias, medidas de tendencia central (como la media) y de dispersión (como la desviación estándar) para describir las características de la muestra. Posteriormente, con el propósito de analizar las características psicométricas de los instrumentos empleados se realizaron análisis factoriales confirmatorios (AFC) con el programa estadístico Jamovi versión 2.3.

Siguiendo la recomendación (Browne & Cudeck, 1992; Cea, 2004; Hu & Bentler, 1999) de tomar en cuenta varios índices para valorar el ajuste de las hipótesis, se consideró como índice de parsimonia al CMIN/DF (chi cuadrado normalizado dividido por los grados de libertad), el cual debía tener valores por debajo de 5 para considerar un buen ajuste del modelo.

Como índices incrementales se tomaron en cuenta el CFI (índice de ajuste comparativo) y el TLI (índice Tucker-Lewis), los cuales debían tener valores >0.90 . Como índice absoluto se utilizó el RMSEA (error de la raíz cuadrada media de aproximación), que debía tener valores iguales o menores al 0.08. Además, se calcularon los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para todos los instrumentos.

Se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes a fin de comparar las dos muestras de participantes en cuanto al riesgo de

depresión; para los resultados significativos de estas pruebas, se calculó la *d* de Cohen para ver el tamaño del efecto de las diferencias. Adicionalmente, se calcularon coeficientes de correlación de Pearson para identificar si existían relaciones significativas entre las variables. Finalmente, para probar las hipótesis de investigación, se realizaron análisis de regresión múltiple para cada una de las muestras con el método *stepwise*. Para el análisis de la información se utilizaron programas como el SPSS versión 25 y el Jamovi versión 2.3.15.0. Se trabajó con un nivel de significancia (alfa estadística) igual o menor a 0.05.

Consideraciones éticas

El presente estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado, siendo conscientes del propósito del estudio, la confidencialidad de los datos y su derecho a abandonar el estudio en cualquier momento. Este consentimiento incluyó información sobre los métodos, beneficios esperados y posibles riesgos que podrían haberse presentado al participar en el estudio. En caso de haberse detectado alguna situación que requiriera intervención o atención, se les brindó información y orientación sobre recursos de apoyo psicológico disponibles para atender sus necesidades específicas (AMM, 2013).

Resultados

En cuanto a los resultados de los análisis psicométricos de los instrumentos, los resultados mostraron que todos los instrumentos tuvieron un buen ajuste (ver Tabla 2). Para ello, se tuvieron que eliminar algunos reactivos con base en los índices modificación. Para la dimensión de búsqueda de ayuda del MHLq, se eliminaron dos reactivos (“Si alguien cercano a mí tuviera un trastorno mental, lo animaría a ir con un/a psicólogo”, “Si tuviera un trastorno mental

buscaría la ayuda de mis amigos”) y se obtuvo un buen ajuste; además, se encontró un valor alfa de Cronbach adecuado para esta dimensión.

En cuanto al CMNI-22, de los 22 reactivos se tuvieron que eliminar 10, lo que dejó fuera 2 de las 11 dimensiones consideradas en el instrumento: “desprecio por los homosexuales” y “autosuficiencia”; es importante recordar que, aunque se habla de dimensiones, al ser la versión breve del instrumento CMNI se considera que todos los reactivos se agrupan en una sola dimensión, por lo que, pese a que se eliminan algunos reactivos, esto pudiera no afectar su validez de contenido.

Respecto al TYDQ-21, que valora las actividades cotidianas que favorecen la salud mental, se había encontrado un adecuado ajuste del modelo (CFI = 0.924, TLI = 0.903, RMSEA = 0.608). No obstante, dos de las dimensiones (“rutinas saludables” y “pensamiento realista”) obtuvieron valores de confiabilidad bajos (<0.600), por lo que se eliminaron dichas dimensiones y se volvió a correr el AFC con las tres dimensiones (“metas y planes”, “conexiones sociales”, “actividad significativa”) que presentaron adecuados índices de confiabilidad. También, se tuvo que eliminar un reactivo de la dimensión de actividad significativa para que el modelo ajustara adecuadamente (Tabla 2). Los valores

alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones fueron los siguientes: para la dimensión de metas y planes, se obtuvo un valor de 0.827; para conexiones sociales, un coeficiente de 0.608; y para la dimensión de actividad significativa fue de 0.642.

Por otro lado, los resultados de la MDRS-22 mostraron que el instrumento evidenció un adecuado ajuste con sus seis dimensiones (Tabla 2), eliminando solo dos reactivos con base en los índices de modificación, los cuales corresponden uno a la dimensión de síntomas somáticos (“Tuve más acidez estomacal de lo normal”) y otro de la dimensión de enojo y agresión (“Me desquité ofendiendo verbalmente a otros sin motivo alguno”). Los valores de confiabilidad (alfa de Cronbach) por dimensión fueron: uso de alcohol, $\alpha = 0.883$; enojo y agresión, $\alpha = 0.807$; uso de drogas, $\alpha = 0.897$; supresión de emociones, $\alpha = 0.737$, toma de riesgo, $\alpha = 0.622$; síntomas somáticos, $\alpha = 0.808$.

Como parte de este estudio se compararon las medias de las dos muestras que forman parte de este estudio respecto a las dimensiones de riesgo de depresión (MDRS-22) y la conformidad con las normas de masculinidad (Tabla 3). Como se puede observar, la muestra B presentó puntuaciones más altas en todas las dimensiones del riesgo de depresión en comparación con la muestra A. Además, el tamaño del efecto de las diferencias fue moderado

Tabla 2
Índices de ajuste y confiabilidad de los instrumentos

Escala	χ^2 (gl)	CMIN/DF	CFI	TLI	RMSEA	α total
MHLq	3.51(2)	1.75	0.987	0.962	0.086 (0.000-0.233)	0.755
CMNI-22	63.5(54)	1.17	0.950	0.939	0.029 (0.000-0.054)	0.658
TYDQ-21	41.5(24)	1.72	0.943	0.915	0.082 (0.036-0.124)	0.846
MDRS-22	272(137)	1.98	0.925	0.907	0.069 (0.057-0.081)	0.896

Nota: CMIN = chi cuadrado normalizado dividido por los grados de libertad; CFI = índice de ajuste comparativo; TLI = índice Tucker-Lewis; RMSEA = error de la raíz cuadrada media de aproximación.

en la mayoría de las dimensiones. En cuanto a la conformidad con las normas de masculinidad, no se encontraron diferencias significativas.

En la Tabla 4 se presentan los resultados de las asociaciones entre las seis dimensiones de riesgo de depresión (MDRS-22), las tres dimensiones de actividades cotidianas (TYDQ-21) y la conformidad con las normas masculinas (CMNI-22). Como se puede observar la dimensión de metas y planes del instrumento de actividades cotidianas correlacionó significativamente solo la dimensión de enojo y agresión, es decir, los hombres que reportan que con mayor frecuencia llevan a cabo metas y planes en su vida son aquellos que presentan menos puntajes en conductas de enojo y agresión.

La dimensión de conexiones sociales (del TYDQ-21) se asoció negativamente y significativamente con casi todas las dimensiones de riesgo de depresión, excepto con síntomas somáticos. Por otro lado, la dimensión de actividades significativas se relacionó significativamente con las dimensiones de enojo y agresión, supresión de emociones y con síntomas somáticos.

Respecto a los hallazgos de la conformidad con las normas de masculinidad, los resultados

mostraron correlaciones positivas y significativas con 5 de las 6 dimensiones de riesgo de depresión (excepto con síntomas somáticos), lo que indica que a mayor riesgo de depresión más acuerdo con las normas de masculinidad (Tabla 4).

En cuanto a los resultados de las correlaciones entre la búsqueda de ayuda, la conformidad con las normas masculinas y las dimensiones de riesgo de depresión, estos se pueden observar en la Tabla 5. Como se aprecia, la búsqueda de ayuda se relaciona negativa y significativamente con tres de las dimensiones de riesgo de depresión: uso de alcohol, supresión de emociones y síntomas somáticos.

Por otro lado, la conformidad con las normas masculinas se asoció significativamente con la dimensión de toma de riesgos de las dimensiones de riesgo de depresión, es decir que a mayor conformidad con las normas masculinas más toma de riesgos. La búsqueda de ayuda se vinculó negativamente con la conformidad con las normas masculinas, lo que indica que los hombres que tienen una actitud menos favorable respecto a la búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental son los que tienen una mayor conformidad con las normas masculinas.

Tabla 3

Comparación de las dimensiones del riesgo de depresión y de la conformidad con las normas de masculinidad entre muestras de participantes

	Dimensión	Muestra A		Muestra B		t	p	d
		M	DE	M	DE			
Riesgo depresión (MDRS-22)	Uso de alcohol	1.52	1.75	2.43	1.49	3.997	0.001	0.55
	Enojo y agresión	1.60	1.45	2.72	1.26	5.917	0.001	0.83
	Uso de drogas	0.61	1.30	1.48	1.18	5.024	0.001	0.69
	Supresión de emociones	3.84	1.39	4.60	1.20	4.181	0.001	0.57
	Toma de riesgos	1.64	1.39	2.50	1.08	4.930	0.001	0.68
	Síntomas somáticos	2.28	1.61	3.21	1.46	4.317	0.001	0.60
	CMNI-22	27.86	4.48	27.54	3.72	-0.547	0.585	ns

Nota: CMNI-22 = Inventario de Conformidad con las Normas de Masculinidad. Las puntuaciones de las dimensiones del MDRS-22 van del 0 al 7 y las del CMNI van de 18 a 45.

Tabla 4

Correlación de Pearson entre las dimensiones de riesgo de depresión, actividades cotidianas y conformidad con las normas de masculinidad

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Uso de alcohol (MDRS-22)	-	0.419**	0.258**	0.324**	0.586**	0.152	-0.129	-0.254**	0.159	0.226*
2. Enojo y agresión (MDRS-22)		-	0.322*	0.244*	0.566**	0.217*	-0.267**	-0.355**	-0.291**	0.438**
3. Uso de drogas (MDRS-22)			-	0.119	0.366**	0.156	-0.031	-0.235*	-0.004	0.288**
4. Supresión de emociones (MDRS-22)				-	0.421**	0.383**	-0.154	-0.337**	-0.227*	0.373**
5. Toma de riesgos (MDRS-22)					-	0.268**	-0.094	-0.328**	-0.143	0.510**
6. Síntomas somáticos (MDRS-22)						-	-0.104	-0.140	-0.198*	0.092
7. Metas y planes (TYDQ-21)							-	0.521**	0.579**	0.076
8. Conexiones sociales (TYDQ-21)								-	0.844**	-0.163
9. Actividades significativas (TYDQ-21)									-	0.009
10. CMNI-22										-

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. CMNI-22 = Inventario de Conformidad con las Normas de Masculinidad

Tabla 5

Correlación de Pearson entre las dimensiones de riesgo de depresión, búsqueda de ayuda y conformidad con las normas de masculinidad

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Búsqueda de ayuda	-	-0.222*	-0.192	-0.049	-0.372**	-0.020	-0.212*	-0.316**
2. Uso de alcohol (MDRS-22)		-	0.493**	0.375**	0.407**	0.506**	0.379**	0.117
3. Enojo y agresión (MDRS-22)			-	0.352**	0.317**	0.286**	0.464**	0.110
4. Uso de drogas (MDRS-22)				-	0.105	0.329**	-0.139	0.149
5. Supresión de emociones (MDRS-22)					-	0.271**	0.317**	0.194
6. Toma de riesgos (MDRS-22)						-	0.198*	0.295**
7. Síntomas somáticos (MDRS-22)							-	0.015
8. CMNI-22								-

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. CMNI-22 = Inventario de Conformidad con las Normas de Masculinidad

Para la dimensión de supresión de emociones, en primer lugar, entra como variable predictora a la ecuación la conformidad con las normas masculinas [$F(1, 104) = 16.84, p < 0.001$]; y, en segundo lugar, ingresa la dimensión de conexiones sociales [$F(2, 103) = 14.34, p < 0.001$], las cuales en conjunto explicaron el 20 % de la varianza. Respecto a la dimensión de toma de riesgos, nuevamente entra en el primer paso la conformidad con las normas masculinas [$F(1, 104) = 52.05, p < 0.001$] y se agrega en un segundo paso a la ecuación las conexiones sociales [$F(2, 103) = 24.36, p < 0.001$], que juntas explicaron el 30 % de la varianza de esta dimensión. Finalmente, en la dimensión de síntomas somáticos solo entró a la ecuación como variable predictora la dimensión de actividades significativas [$F(1, 104) = 4.23, p < 0.05$], que explicó el 3 % de la varianza (Tabla 6).

Por otro lado, en la Tabla 7 se presentan los resultados en cuanto al papel que juegan la búsqueda de ayuda y la conformidad con las normas masculinas

en la predicción de las dimensiones que valoran el riesgo de depresión. Es importante mencionar que, de las 6 dimensiones que evalúan riesgo de depresión, en 2 de ellas (enojo y agresión, así como uso de drogas) los resultados mostraron que no hubo variables predictoras significativas. Para el uso de alcohol, la variable que entró como predictora fue la búsqueda de ayuda [$F(1, 99) = 5.11, p < 0.05$] y explicó el 4 % de la varianza.

En el caso de la supresión de emociones, también fue la búsqueda de ayuda la variable que entró a la ecuación como variable predictora [$F(1, 99) = 15.87, p < 0.001$], explicando el 13 % de la varianza. Respecto a la dimensión de toma de riesgos, ingresó como variable predictora la conformidad con las normas masculinas [$F(1, 99) = 9.44, p < 0.010$], la cual explicó el 7 % de la varianza. Finalmente, en el caso de los síntomas somáticos, entró como variable predictora la búsqueda de ayuda [$F(1, 99) = 4.66, p < 0.05$], que explicó el 3 % de la varianza.

Tabla 6
Modelo predictivo de las dimensiones de riesgo de depresión (muestra A)

Variable criterio	Orden	Variable predictora	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Uso de alcohol	Paso 1	Conexiones sociales	-0.533	0.199	-0.254	0.056	
	Paso 2	Conformidad con las normas masculinas	0.074	0.037	0.190	0.082	0.035
Enojo y agresión	Paso 1	Conformidad con las normas masculinas	0.142	0.029	0.438	0.184	
	Paso 2	Metas y planes	-0.490	0.136	-0.302	0.269	0.091
Uso de drogas	Paso 1	Conformidad con las normas masculinas	0.084	0.027	0.288	0.074	
	Paso 2	Conexiones sociales	-0.302	0.146	-0.193	0.102	0.036
Supresión de emociones	Paso 1	Conformidad con las normas masculinas	0.116	0.028	0.373	0.131	
	Paso 2	Conexiones sociales	-0.473	0.147	-0.284	0.203	0.079
Toma de riesgos	Paso 1	Conformidad con las normas masculinas	0.157	0.026	0.510	0.253	
	Paso 2	Conexiones sociales	-0.416	0.136	-0.251	0.308	0.061
Síntomas somáticos	Paso 1	Actividades significativas	-0.391	0.190	-0.198	0.030	

Tabla 7

Modelo predictivo de las dimensiones de riesgo de depresión (muestra B)

Variable criterio	Orden	Variable predictora	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²
Uso de alcohol	Paso 1	Búsqueda de ayuda	-0.107	0.047	-0.222	0.040
Supresión de emociones	Paso 1	Búsqueda de ayuda	-0.145	0.036	-0.372	0.131
Toma de riesgos	Paso 1	Conformidad con las normas masculinas	0.086	0.028	0.295	0.078
Síntomas somáticos	Paso 1	Búsqueda de ayuda	-0.100	0.046	-0.212	0.035

Discusión

El riesgo de depresión en hombres permite identificar expresiones sintomáticas que en su mayoría no se ajustan a los modelos tradicionales de diagnóstico, por lo que es importante identificar qué factores pueden predecir este riesgo; de ahí que la presente investigación plantea dos hipótesis que analizan diversas variables como predictores de dicho fenómeno en hombres, ambas comparten una variable predictora en común: el apego a normas masculinas tradicionales, esto debido a que algunos autores (Rice et al., 2013; Rochlen et al., 2009) señalan que la masculinidad tradicional influye en la forma en la que los hombres expresan la depresión mediante síntomas externalizantes que suelen ser aceptados socialmente, por lo que, en primer lugar, la hipótesis 1 sostiene que una baja conformidad con las normas sociales masculinas y la realización frecuente de actividades cotidianas que favorecen la salud mental predicen un menor riesgo de síntomas depresivos en hombres.

Respecto a este primer planteamiento, los hallazgos de este estudio sugieren que tanto la conformidad con dichas normas como las conexiones sociales (como una de las dimensiones evaluadas de las actividades cotidianas) permiten explicar las dimensiones de la escala de riesgo de depresión en hombres (Rice et al., 2013). Resulta interesante la forma en la cual, desde la perspectiva masculina, el

apegarse fuertemente a normas convencionales de masculinidad, caracterizadas por el control y la no expresión de sus emociones, conductas de riesgo, enojo y agresión, suelen representar la probable manifestación de síntomas depresivos a través de manifestaciones externalizantes.

Aunque vale la pena subrayar el papel predictor que representa el mantener conexiones sociales y su relación negativa con las dimensiones de riesgo de depresión, al considerar que en el caso particular de los hombres esto resulta ser un factor que probablemente les esté ayudando a regular la manifestación de condiciones desfavorables para su salud, como lo es el riesgo de depresión.

Concretamente en el papel que juega la conformidad con las normas sociales masculinas, los hallazgos de este estudio confirman lo reportado por Rice et al. (2013), quienes han reportado que los hombres con mayor conformidad con las normas masculinas presentaban puntajes más elevados en la MDRS-22, específicamente en dimensiones como enojo, agresión y conductas de riesgo.

Ello refuerza la hipótesis del estudio, de una expresión externalizante del malestar emocional, asumiéndose como parte de la condición del ser hombre, más allá de considerar la presencia de un riesgo de depresión, y que, de cierta forma, podría estar enmascarando el reconocimiento de los propios hombres frente a este fenómeno, y, por ende, una disminución de la importancia a dichas

manifestaciones, que estarían atentando contra su salud mental.

Por otra parte, respecto al papel que se observó que tiene la presencia de ciertas actividades como predictoras de riesgo de depresión, ya se ha mencionado el papel de las conexiones sociales, a las cuales se suma la presencia de metas personales y actividades significativas, que también se asociaron con menor puntaje de riesgo de depresión, lo que concuerda con la evidencia señalada sobre el carácter protector de estas, resaltando la importancia de los vínculos con la familia, amigos o comunidad (Titov et al., 2022). Todo esto representa la posibilidad de contar con redes de apoyo que ayuden a enfrentar las demandas de la vida diaria y que podría estar disminuyendo la manifestación del malestar emocional a través de conductas externalizantes.

De igual manera, las actividades cotidianas, como tener metas y planes que lleven a la motivación y realizar actividades significativas, tendrían un impacto positivo en la prevención de la depresión en hombres, debido a que esto evita quedarse atrapado en problemas del pasado y les ayudaría a tener un horizonte de logro y aspiraciones.

Los hallazgos del presente estudio mostraron que los participantes con una menor conformidad con las normas tradicionales masculinas evidenciaron una actitud más favorable para buscar ayuda, lo que corrobora en parte la segunda hipótesis planteada para esta investigación. Estos resultados son congruentes con lo sostenido por Aguayo (2022b) sobre cómo la búsqueda de ayuda se ve obstruida por barreras culturales y estigmas sociales, llevando a la población masculina a recurrir a conductas de riesgo para expresar su sintomatología depresiva. Esto pudiese explicar de cierta forma las prevalencias observadas en población masculina respecto a los suicidios, en comparación con las mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024), lo que resalta que las dificultades de atención en población masculina podrían ser un factor predictor para el riesgo de depresión en hombres.

Olivari et al. (2022) resaltan igualmente que la búsqueda de ayuda tiende a surgir a partir de una necesidad emocional, social o de salud. No obstante, esta no se manifiesta de la misma forma en todas las personas, es decir, también cambia dependiendo del sexo, por lo que, en el caso de los hombres, la búsqueda de ayuda puede ser obstaculizada cuando la necesidad de apego a normas sociales es mayor a la necesidad de atención a las propias necesidades; esta evitación se refuerza con conductas desadaptativas que calman el malestar, pero a su vez contribuyen a postergar o evitar la búsqueda de ayuda.

Un hallazgo que resultó interesante fue que la hipótesis 1 presentó mayores porcentajes de varianza explicada del riesgo de depresión en comparación con la hipótesis 2. Esto podría deberse a que, en la muestra utilizada para la primera hipótesis, se observaron mayores puntajes de riesgo de depresión, lo que permitió identificar predictores significativos en las seis dimensiones evaluadas; y, por otro lado, que en esta se incluyó como factor protector las actividades cotidianas (conexiones sociales, metas y actividades significativas), las cuales no formaron parte de la segunda hipótesis.

Así, para verificar si estas diferencias podrían atribuirse a las características de las muestras, estas se compararon y se encontró que la muestra B obtuvo puntuaciones significativamente más altas en todas las dimensiones de riesgo de depresión, en comparación con la muestra A, particularmente en enojo-agresión y uso de drogas, que coincide con lo reportado por Rice et al. (2013).

Estas diferencias, además de reforzar la relación entre las normas masculinas tradicionales y la expresión sintomática, también destacan la importancia de contar con instrumentos adecuados para evaluar de forma específica según el género. La comparación de ambas hipótesis permitió observar que la conformidad con normas masculinas es un factor constante en el riesgo de depresión en hombres, ya que, a pesar de la diferencia en el ajuste de ambas muestras, ambos resultados señalan

que el apego a normas sociales podría explicar las dimensiones de riesgo de depresión en hombres.

Otro de los aspectos que vale la pena rescatar se relaciona con la validez de los instrumentos utilizados, y de manera particular respecto a la escala MDRS-22, la cual está diseñada para medir específicamente riesgo de depresión en hombres, y que, de acuerdo con los resultados de este estudio, presentó un buen ajuste y consistencia interna en la muestra analizada, lo cual respalda su utilidad para comprender y evaluar la manifestación de los síntomas de depresión en hombres.

Estos resultados sugieren que el uso de instrumentos diseñados específicamente según el género podría ser más efectivo para identificar el riesgo de depresión en la población masculina, en comparación con herramientas tradicionales de evaluación de síntomas, evidenciando la importancia de contar con escalas adaptadas a estas expresiones sintomáticas.

Por su parte, es necesario destacar que los instrumentos TYDQ-21 y CMNI-22 presentaron limitaciones en su ajuste y requirieron modificaciones en algunos reactivos, por lo que se recomienda reevaluar su funcionamiento en muestras más amplias y heterogéneas. Cabe mencionar que, a pesar de que el tamaño de la muestra fue limitado, los resultados obtenidos indican que factores como las actividades cotidianas y la conformidad con las normas sociales influyen en el riesgo de depresión y en la forma en que los hombres la manifiestan. Por ello, sería pertinente replicar este estudio en una muestra más grande y con mayor variabilidad sociodemográfica, con la finalidad de fortalecer la validez de los hallazgos.

Así mismo, se reconoce la necesidad de conscientizar sobre el rol que parecieran tener las actividades cotidianas y que por su propia naturaleza son susceptibles de ser modificadas, por lo que cualquier persona puede cambiarlas y mejorarlas a través de la práctica. Basado en los hallazgos del impacto de las actividades cotidianas sobre el riesgo de depresión en hombres, la práctica y la promoción de las actividades cotidianas

pueden contribuir a la prevención de la depresión en hombres.

Por otro lado, puede ser una gran opción sensibilizar sobre la salud mental en hombres para evitar la desinformación y los estigmas sociales. De la misma forma, estar pendiente de las conductas desadaptativas y riesgosas, dado que estas pueden estar siendo un refuerzo negativo, impidiendo la búsqueda de ayuda debido a que calman el malestar.

De manera particular, en el campo de la salud, pareciera ser que la condición asumida de masculinidad hegemónica ha permeado formas de desigualdad y ausencia de políticas, programas y respuestas institucionales concretas, a pesar de los extensos trabajos teóricos y de investigación sobre las masculinidades, lo que supone que existe una brecha en la aplicación práctica, por lo que valdría la pena repensar las formas en las que se está articulando el estudio e interpretación de los hallazgos de diversas investigaciones a partir de los sistemas de género globales, y cómo estos se articulan con las construcciones regionales y locales de masculinidad, como parte fundamental en investigaciones futuras sobre el papel de la hegemonía y la manifestación de problemáticas en la salud mental de los hombres, especialmente a medida que las interacciones globales se vuelven más importantes en la política de género y en la atención de la salud en esta población.

Al observar el impacto de los predictores de riesgo de depresión en hombres, se resalta la urgencia de seguir profundizando en la forma particular en que esta población expresa su sintomatología depresiva, con la finalidad de promover una búsqueda de ayuda anticipada que permita diagnósticos e intervenciones adaptadas a sus necesidades específicas.

Resulta necesario una mejora en las políticas de género a partir de un análisis de la relación entre las masculinidades y la salud de los hombres, con el objetivo de favorecer programas participativos integrados e interculturales de detección oportuna y atención médica a nivel nacional. Finalmente, cabe señalar que se debe trabajar en iniciativas

transformadoras para la igualdad de género, para, de esta forma, impactar en los resultados de salud de hombres, mujeres y niños. Por último, resulta esencial informar, concientizar y combatir la desinformación sobre la salud mental en hombres, con el propósito de derribar estigmas y facilitar un entorno más comprensivo y accesible para el cuidado emocional en población masculina.

Referencias

- Aguayo, F. (2022a). La depresión masculina y sus síntomas: un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *Salud Colectiva*, 18, Artículo e3942. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3942>
- Aguayo, F. (2022b). Narrativas sobre depresión, masculinidad y trabajo: un estudio con relatos biográficos de hombres chilenos. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 34, Artículo e251463. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34251463>
- Asociación Médica Mundial (AMM). (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en participantes humanos*. AMM. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Betancourt, O. D., Becerra, F. F., Mustieles, Q. V., Rodríguez, D. M., & Soriano, B. D. (en prensa). Actividades cotidianas que favorecen la salud mental en tres grupos de edad. *Psicumex*.
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: deconstruyendo la “normalidad” masculina. En M. Segarra & A. Carabí (Eds.), *Nuevas masculinidades* (pp. 41-64). Icaria Editorial.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Cea, M. A. (2004). *Análisis multivariante: teoría y práctica en la investigación social*. Editorial Síntesis.
- Cerón, N. P., & Morrison, R. (2019). Patriarcado, masculinidad hegemónica y ocupaciones: procesos de perpetuación del sexismo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 75-84.
- Chatmon, B. N. (2020). Males and mental health stigma. *American Journal of Men's Health*, 14(4). <https://doi.org/10.1177/1557988320949322>.
- Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdés & J. Olavarria (Eds.), *Masculinidad/es: poder y crisis* (pp. 31-48). Ediciones de las Mujeres. <https://joseolavarria.cl/wp-content/uploads/downloads/2014/08/Masculinidad-poder-y-crisis-Valdes-y-Olavarria.pdf>
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- De Keijzer, B., Cuéllar, A. C., Valenzuela Mayorga, A., Hommes, C., Caffé, S., Mendoza, F., Cayetano, C., & Vega, E. (2022). Masculinidades y salud de los hombres en la región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, Artículo e93. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental health literacy in young adults: Adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), Article 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Exner-Cortens, D., Wright, A., Claussen, C., & Truscott, E. (2021). A systematic review of adolescent masculinities and associations with internalizing behavior problems and social support. *American Journal of Community Psychology*, 68(1-2), 215-231. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12492>
- Fuller, N. (2020). *Difícil ser hombre: nuevas masculinidades latinoamericanas*. Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Harris, B. (2021). *Toxic masculinity: An exploration of traditional masculine norms in relation to*

- mental health outcomes and help-seeking behaviors in college-aged males* [Tesis de grado, University of Southern Carolina, Columbia]. Scholar Commons University of Southern Carolina. https://scholarcommons.sc.edu/senior_theses/431/
- Herreen, D., Rice, S., Ward, L., & Zajac, I. (2022). Extending the Male Depression Risk Scale for use with older men: The effect of age on factor structure and associations with psychological distress and history of depression. *Aging & Mental Health*, 26(8), 1524-1532. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.19479662>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. https://en.www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf
- Londoño, P. C., & González, R. M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13>
- Londoño, P. C., Peñate, C. W., & González, R. M. (2017). Síntomas de depresión en hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh>
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3-25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
- Olivari, C., Méndez-Bustos, P., Núñez, R., & Sepúlveda-Ramírez, I. (2022) Confidencialidad y conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Acta Bioethica*, 28(1), 59-66. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100059>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 950-958. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.013>
- Rochlen, A. B., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R. L. (2009). Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report. *American Journal of Men's Health*, 4(2), 167-175. <https://doi.org/10.1177/1557988309335823>
- Secretaría de Salud. (2024.). Estigma en torno a la depresión desalienta a solicitar atención y seguir tratamiento: Conasama. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/309-estigma-en-torno-a-la-depresion-desalienta-a-solicitar-atencion-y-seguir-tratamiento-conasama>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas- Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M., Gaona-Pineda, E. B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnette, J., Alpuche-Arana, C., & Rivera-Dommarco, J. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19: resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
- Sileo, K. M., & Kershaw, T. S. (2020). Dimensions of masculine norms, depression, and mental health service utilization: Results from a prospective cohort study among emerging adult men in the United States. *American Journal of Men's Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1177/1557988320906980>

- Staiger, T., Stiawa, M., Mueller-Stierlin, A. S., Kilian, R., Beschoner, P., Gündel, H., Becker, T., Fräsch, K., Panzirsch, M., Schmauß, M., & Krumm, S. (2020). Masculinity and help-seeking among men with depression: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry, 11*, Artículo 599039. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.599039>
- Titov, N., Dear, B. F., Bisby, M. A., Nielssen, O., Staples, L. G., Kayrouz, R., Cross, S., & Karin, E. (2022). Measures of daily activities associated with mental health (Things You Do Questionnaire): Development of a preliminary psychometric study and replication study. *JMIR Formative Research, 6*(7), Artículo e38837. <https://doi.org/10.2196/38837>
- Walther, A., Grub, J., Ehlert, U., Wehrli, S., Rice, S., Seidler, Z. E., & Debelak, R. (2021). Male depression risk, psychological distress, and psychotherapy uptake: Validation of the German version of the male depression risk scale. *Journal of Affective Disorders Reports, 4*, Artículo 100107. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100107>
- Wong, Y. J., Ho, M. H. R., Wang, S. Y., & Miller, I. S. (2017). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 64*(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>
- World Health Organization (WHO). (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Recibido: mayo 8, 2025

Aceptado: octubre 13, 2025