



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Aguayo, Francisco

La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos

Salud Colectiva, vol. 18, e3942, 2022

Universidad Nacional de Lanús

DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3942>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73170673011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

UAEM  
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos

Male depression and its symptoms: A qualitative study with Chilean adult men

Francisco Aguayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Candidato a doctor en Psicología, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. 

**RESUMEN** En Chile, uno de cada diez hombres presenta indicios o síntomas de depresión cada año. No obstante, tanto en el país como en el resto de América Latina son escasos los estudios que abordan la depresión masculina desde sus aspectos cualitativos y narrativos. El objetivo de este estudio fue, por tanto, analizar la construcción narrativa de la depresión y sus síntomas en hombres, por medio de un estudio cualitativo con entrevistas realizadas entre junio y octubre de 2020 a nueve hombres chilenos que habían pasado por un proceso de esta naturaleza. A partir de una metodología de relato de vida, se exploraron los procesos depresivos en cada biografía, así como los síntomas reportados en cada una de ellas. Los resultados muestran que los hombres experimentan una constelación de síntomas durante una depresión, algunos de ellos atípicos, pues no se corresponden con aquellos descritos en los manuales diagnósticos. Se identificaron tres formas narrativas que fueron denominadas de frustración, de quiebre y de inseguridad.

**PALABRAS CLAVES** Masculinidades; Depresión; Salud de los Hombres; Chile.

**ABSTRACT** In Chile, one out of every ten men presents signs or symptoms of depression each year. However, few studies within Chile or other Latin American countries address the qualitative or narrative aspects of depression in men. Therefore, the objective of this study was to assess the narrative construction of depression and its symptoms in men. This qualitative study was based on interviews with nine Chilean men who had gone through an experience of this nature, which were conducted between June and October 2020. A life history methodology was used to explore depressive processes involved in each individual's biography as well as the symptoms reported in each case. The results show that these men experienced a constellation of symptoms during depression, some of which are atypical as they do not match those described in diagnostic manuals. Three types of narratives were identified, and were termed frustration, breakdown, and insecurity.

**KEY WORDS** Masculinities; Depression; Men's Health; Chile.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud pública que alcanza a nivel mundial a 322 millones de personas cada año<sup>(1)</sup>. Sin embargo, se estima que en el año 2020 hubo 53,2 millones de casos adicionales debido a la pandemia por COVID-19, principalmente, por la incidencia de los contagios, las restricciones a la movilidad y la precariedad de ingresos<sup>(2)</sup>. En términos generales, la depresión afecta en mayor proporción a personas de nivel socioeconómico bajo, desempleados<sup>(3)</sup>, a aquellos con un problema de salud crónico<sup>(4)</sup> y a mujeres. Algunos de los determinantes sociales de la depresión descritos en hombres son el nivel socioeconómico bajo, el desempleo y la precariedad laboral<sup>(5)</sup>. En términos de género, a nivel mundial, el 3,6% de los hombres padecen depresión cada año frente a un 5,1% de las mujeres<sup>(6)</sup>. Sin embargo, los casos de suicidios, que con frecuencia se relacionan con depresión, son más prevalentes en hombres, pues 8 de cada 10 suicidios en América Latina corresponden a esta población<sup>(7)</sup>.

En el ámbito del acceso a los servicios de salud en América Latina, la mitad de quienes padecen depresión no llega a recibir ningún tipo de atención<sup>(8)</sup>. En el estudio de Borges et al.<sup>(9)</sup> en seis países de las Américas se señala que es menos probable que los hombres acudan a tratamiento en salud mental. En la población general, tanto en hombres como en mujeres, algunos factores que explican un menor acceso a la salud mental son la baja escolaridad, los bajos ingresos y no tener pareja<sup>(9)</sup>. En el caso de Chile, específicamente, los hombres que llegan a los servicios representan tan solo un 16,2% de quienes consultan por depresión en la atención primaria<sup>(10)</sup>.

Si bien en Chile, como en el resto mundo, la depresión es más prevalente en mujeres, la depresión masculina tiene un impacto significativo en la población de varones. Según la *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*<sup>(11)</sup>, en el último año, uno de cada diez hombres presenta indicios de depresión. El *Estudio longitudinal social de Chile*<sup>(12)</sup>, por su parte, mostró que el 9% de los hombres

presentan una prevalencia anual de síntomas moderado-severos o severos de depresión. Asimismo, se ha encontrado una mayor prevalencia de depresión masculina en individuos en edad laboral (25-64 años) y de nivel socioeconómico bajo (20,8% versus 11,8% en población general)<sup>(13)</sup>. A su vez, los datos dan cuenta de que a partir de los 45 años existe un incremento tanto de depresión como de ideación de suicidio en los varones<sup>(11,14)</sup>.

## Masculinidad y depresión

Algunos estudios sobre depresión en hombres han analizado la intersección que se establece entre la depresión y la construcción de la masculinidad. En cada momento histórico y contexto particular se reconoce una masculinidad hegemónica que refiere a una práctica social, a un conjunto de atributos, normas y valores relacionados con la forma más admirada de masculinidad. Esta consiste en aquella versión de lo masculino que ocupa la posición hegemónica en un modelo dado de las relaciones de género<sup>(15)</sup>. Es decir, como señala Connell<sup>(15)</sup>, trata de aquella masculinidad con mayor legitimidad, autoridad o dominancia en un momento y contexto dado. En tal forma, la masculinidad hegemónica se construye a través del consenso cultural<sup>(16)</sup> y la persuasión, con influencia de la cultura y de las instituciones<sup>(17)</sup>. A su vez, la masculinidad hegemónica define lo que es una práctica de género aceptable o no aceptable<sup>(18)</sup>. Olvera y Luna<sup>(19)</sup> dan cuenta del malestar que suelen presentar los hombres al no alcanzar los valores de la masculinidad hegemónica. Asimismo, usualmente la depresión es considerada por los varones como una enfermedad propia de mujeres, como signo de debilidad o de falta de hombría<sup>(20,21)</sup>.

Hace casi dos décadas, Connell<sup>(15)</sup> señalaba que ciertos valores sociales típicamente asociados a la masculinidad, como la competitividad, el éxito, las autoexigencias o el individualismo, se vinculan con procesos depresivos en hombres. En esa misma línea, Krumm et al.<sup>(20)</sup>, a partir de una revisión

reciente de estudios cualitativos, reportaron cómo durante la depresión, los hombres suelen poner en juego valores de la masculinidad como ser fuerte, exitoso, autosuficiente, en control de sí o competentes. Oliffe et al.<sup>(22)</sup> dieron cuenta, a su vez, de la tensión que se establece entre valores de la masculinidad como la racionalidad, la competitividad, la autoconfianza, la virilidad, el atractivo, la fortaleza emocional y la depresión en hombres.

La depresión masculina se ha relacionado con dificultades para cumplir con los valores de la masculinidad hegemónica, es decir, con el ideal de hombría al cual se aspira en un contexto dado<sup>(23)</sup>. Mientras incumplir esos ideales puede llevar a depresión, experimentarla puede ubicar a esos hombres, también, en una posición de una masculinidad subordinada<sup>(15)</sup> por la perdida tanto de salud como de los atributos ya mencionados. Asimismo, Oliffe et al.<sup>(22)</sup> señalan que interpretar que se tiene una masculinidad defectuosa, incompleta o alejada de la norma puede llevar a depresión. En este sentido, como relevan Krumm et al.<sup>(20)</sup>, el desánimo puede vivirse como un proceso contradictorio pues, si bien el mandato de las normas de la masculinidad es ser fuerte o exitoso, la depresión puede llevar a los hombres a sentirse débiles, frágiles, vulnerables, sin energía y/o a percibir que están fracasando en su desempeño, sus actividades o proyectos.

Se ha planteado que los hombres suelen presentar dificultad para expresar emociones y que esto afectaría negativamente la salud mental<sup>(24)</sup>. Según Ramírez<sup>(25)</sup>, las nociones de masculinidad estarían vinculadas con reprimir, con ocultar así como con disimular las emociones. A su vez, se reconocen ciertos afectos que para los hombres son más difíciles de enfrentar o reconocer como la melancolía, la tristeza o la pena, mientras que emociones como la rabia o el enojo serían parte de sus repertorios aceptables<sup>(26)</sup>. En este sentido, la rabia es considerada una emoción más cercana a la masculinidad hegemónica y a la noción de que los hombres se expresan desde la acción para demostrar o afirmar su hombría o su poder. La depresión se puede dar de manera enmascarada<sup>(21)</sup> con rabia o

enojo, conflictos interpersonales e incluso comportamientos violentos. Algunos autores reconocen<sup>(16)</sup> que la rabia, en ciertos casos, puede considerarse una forma de resistencia a un ánimo depresivo. En una etapa de declive de poder masculino (de ingresos, fuerza física, salud o atractivo sexual), por ejemplo, el enojo serviría para recuperar o reforzar la propia masculinidad.

En tanto las normas sociales de la masculinidad dificultan la expresión y el reconocimiento de la experiencia depresiva en los hombres, obstaculizan la búsqueda de ayuda<sup>(27)</sup> y aportan a la resistencia de estos a consultar en los servicios de salud mental<sup>(28)</sup>. Se ha descrito, a su vez, una dificultad de los hombres en reconocer su malestar en general<sup>(19)</sup>, pues temen ser estigmatizados, ridiculizados, considerados poco hombres y/o a perder su trabajo si es que develan que se sienten deprimidos. Otras estrategias descritas en hombres que pasan por una depresión es que pueden ser selectivos respecto a quién le cuentan sobre lo que les sucede y que desarrollan estrategias para buscar ayuda de la manera más discreta posible<sup>(20)</sup>.

## Síntomas de la depresión masculina

Los criterios diagnósticos de la depresión utilizados en el sector salud provienen de la Clasificación Internacional de Enfermedades 11a revisión (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud, y del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th Edition (DSM-V) de la American Psychiatric Association<sup>(29,30,31)</sup>.

Tanto el CIE-11 como el DSM-V mencionan el ánimo depresivo y la pérdida de interés como síntomas principales de la depresión. El DSM-V agrega la anhedonia o pérdida de placer como manifestación cardinal de esta. Ambos manuales rescatan como posibles otros síntomas: la dificultad para concentrarse, los sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, los cambios en el apetito o el sueño, la agitación o el enflección psicomotor, la fatiga o la pérdida de energía, y pensamientos recurrentes

de muerte o de suicidio. El CIE-11 incluye en este listado la desesperanza y el DSM-V la disminución de la capacidad de pensar o tomar decisiones. Junto con los síntomas descritos, en los estados depresivos se ve afectada la capacidad de funcionamiento habitual y cotidiano, las relaciones interpersonales y/o en el trabajo de quienes los padecen<sup>(29,31,32)</sup>. Se diagnostica depresión cuando por un tiempo mayor a dos semanas una persona presenta los síntomas primordiales y cuatro o cinco de los síntomas descritos como posibles<sup>(29,30)</sup>.

Se plantea que los hombres que pasan por un proceso depresivo presentan síntomas típicos que son los señalados más arriba en los criterios diagnósticos y otros atípicos también llamados alternativos, evitativos, hacia fuera o externos. En este sentido, se ha descrito como una expresión habitual en hombres desanimados, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, rabia, bajo control de impulsos agresivos, conflictos interpersonales, sentirse estresados, comportamientos de riesgo (en su salud o de sufrir accidentes), enajenación en el trabajo, intentos de suicidio y consumo abusivo de alcohol y/o drogas<sup>(5,20,28,33,34,35)</sup>.

Varios autores plantean que los criterios de los manuales diagnósticos no son sensibles al malestar masculino, es decir, al modo cómo muchos hombres experimentan los síntomas y sus emociones durante un proceso depresivo<sup>(5,26,34,36)</sup>. Se sugiere que la depresión masculina, en la investigación y el diagnóstico, no ha sido adecuadamente capturada, pues no se suelen considerar los síntomas atípicos como indicadores. La depresión en los hombres estaría, por lo tanto, subestimada en los estudios epidemiológicos debido a que al momento de su pesquisa no se consideran los indicadores específicos a través de los cuales suele esta expresarse<sup>(34,37)</sup>.

## METODOLOGÍA

La pregunta de investigación fue ¿cómo son las narrativas sobre la depresión y sus síntomas en hombres chilenos? El objetivo de

este estudio es analizar la construcción narrativa de la depresión masculina y sus síntomas. Para ello, se realizaron entrevistas con una metodología de relato de vida a hombres de distintas zonas del país que han pasado por un proceso depresivo en los últimos cinco años.

El estudio se realizó a partir de una metodología cualitativa y un diseño de caso múltiple basado en entrevistas narrativas con hombres que habían pasado por una depresión. Por medio de estas, se buscó explorar en profundidad la construcción subjetiva de sus experiencias durante estos procesos<sup>(38,39,40)</sup>. Para este estudio se consideró tanto cómo los hombres narran o relatan sus procesos depresivos, así como la forma en que interpretaban esas experiencias, sus emociones y síntomas. Se usó para ello una metodología de relato de vida o relato biográfico entendido como aquella narración acerca de la historia, en este caso, de los procesos depresivos de los entrevistados<sup>(39,41)</sup>.

## Participantes

Para la conformación de la muestra se usó una estrategia de muestreo intencionado para lograr una comprensión acabada del fenómeno en sus diversas manifestaciones<sup>(41,42)</sup>. La estimación del número de entrevistas se realizó según criterios de variación y heterogeneidad<sup>(41)</sup>.

En este artículo se presentan nueve entrevistas realizadas entre junio y octubre de 2020 a hombres chilenos que pasaron por un proceso depresivo. Sus edades oscilaban entre los 32 y los 64 años. Seis de ellos eran heterosexuales cis y tres eran gays cis. Cuatro eran padres, pero tres de ellos ya no estaban en pareja con la madre de sus hijos. En cuanto a su lugar de residencia, cuatro de ellos residían en Santiago, la capital; dos, en ciudades del norte del país y tres de ellos vivían en el sur de Chile, aunque uno de estos últimos se había trasladado recientemente a Santiago. Uno de ellos vivía solo, tres residían con su pareja y cinco con la madre o sus padres, ya sea por desempleo o falta de

trabajo, estar regresando de un viaje o debido a la pandemia. En cuanto a su escolaridad, todos los entrevistados tenían estudios universitarios: cinco de ellos de las ciencias sociales, uno ingeniero, dos del área educación y uno formado en artes. En lo que respecta a su ocupación, cinco de ellos se encontraban empleados, dos desempleados y dos con trabajos esporádicos. Todos fueron diagnosticados en algún momento con depresión por personal de salud. Asimismo, todos tuvieron tratamiento con psicoterapia y/o fármacos. Los entrevistados relataban procesos de desánimo que ocurrieron antes de la pandemia, aunque dicho contexto lo reconocían como

estresante debido a afectaciones en su vida actual como el confinamiento o dificultades para encontrar trabajo (Tabla 1).

## Procedimientos de producción de entrevistas

Para contactar a los participantes se usó una estrategia de muestreo tipo bola de nieve o semilla<sup>(42)</sup> junto con convocatorias a través de redes sociales. En ella se invitaba a participar como entrevistado en un estudio sobre depresión en hombres en Chile, participando en una entrevista biográfica con

Tabla 1. Características de los participantes del estudio. Chile, junio y octubre de 2020.

ID	Seudónimo	Edad	Orientación sexual	Profesión, ocupación	Título asignado al caso	Hijos	Reside con	Motivo de su depresión	Diagnóstico
E1	Tomás	34	Gay	Artes, administrador de contenidos web, empleado.	Desolado	Sin hijxs	Pareja	Depresión, trauma por abuso sexual	Sí
E2	Raimundo	32	Gay	Psicólogo, intérprete de señas, empleado.	No podría ser yo mismo	Sin hijxs	Madre	Depresión, proceso de aceptación de su orientación sexual, crisis de pareja, inseguridad.	Sí
E3	David	42	Hetero	Sociólogo, uberista, trabajos esporádicos, desempleado.	Enmierdado	1 hijx	Padres	Depresión después de un despido laboral y separación.	Sí
E4	Marcelo	36	Hetero	Trabajador social, desempleado.	He sido quemao en la vida	Sin hijxs	Madre	Depresión gatillada por duelo y dificultades para insertarse laboralmente.	Sí
E5	Germán	64	Hetero	Orientador, empleado, con licencia laboral.	La depresión como compañera en mi ruta de vida	3 hijxs	Pareja e hijxs	Depresión por acoso laboral.	Sí
E6	Antonio	37	Hetero	Ingeniero, trabaja por proyectos.	Colapsado	Sin hijxs	Padres (temporalmente).	Depresión por enajenación en el trabajo y por término de una relación de pareja.	Sí
E7	Juan	59	Gay	Docente, trabaja por proyectos.	Estar en pelota	Sin hijxs	Solo	Depresión, síndrome afectivo estacional.	Sí
E8	Gabriel	38	Hetero	Sociólogo, empleado.	Soy un alma triste	2 hijxs	Solo antes de la pandemia, con los padres en pandemia.	Depresión por una enfermedad crónica, acoso laboral.	Sí
E9	Roberto	52	Hetero	Sociólogo, empleado.	Bloqueado	2 hijxs	Pareja e hijxs	Depresión mayor en contexto de estudios doctorales.	Sí

el investigador. Se incluyeron en la convocatoria algunos de los criterios de inclusión considerados tales como identificarse como hombres, residir en Chile, tener entre 30 y 60 años, estar afiliados al sistema público de salud, haber pasado por un proceso depresivo o depresión en los últimos cinco años, con o sin diagnóstico. Se indicó que los datos y el proceso eran confidenciales y que no había retribución económica. Los criterios de exclusión fueron presentar actualmente una depresión y/o ideación de suicidio. No hubo casos que cumplieran con estos últimos criterios. Se flexibilizaron algunos de los criterios de inclusión cuando no cumplían con todos ellos como la edad o el sistema al cual estaban afiliados.

Una limitación importante de la estrategia de convocatoria fue que respondieron a ella principalmente casos de alta escolaridad y fue difícil llegar –considerando además las restricciones debido a la pandemia– a más casos de nivel socioeconómico o escolaridad más baja. Las entrevistas narrativas de relato de vida<sup>(41)</sup> fueron realizadas por el investigador siguiendo un guion de entrevista<sup>(38,43)</sup>, que comenzaba con la consigna *cuéntame tu historia acerca de la depresión*. Luego se exploraron aspectos como hitos, etapas, trayectoria, motivos, atribuciones y valores durante el proceso depresivo<sup>(35,38)</sup>. Las entrevistas se realizaron vía zoom lo cual fue facilitado por el contexto de pandemia permitiendo llegar a entrevistados de distintos lugares del país. Todas ellas fueron audiografiadas en la misma plataforma y luego transcritas literalmente (verbatim). A cada entrevistado se le asignó un seudónimo con el objetivo de mantener el anonimato.

### **Procedimientos de análisis**

La información que se obtuvo de las entrevistas cualitativas se analizó de modo descriptivo e interpretativo a través de una aproximación de casos múltiples<sup>(41,44)</sup>. Para esto, se utilizó la metodología de análisis narrativo del relato biográfico<sup>(38,41)</sup> junto con un enfoque crítico de masculinidades<sup>(15,45)</sup>. Se

siguieron los pasos sugeridos por Connell<sup>(15)</sup>, en su estudio de método biográfico con hombres, que primero aborda con una lógica singular cada entrevista como un caso, para luego realizar un análisis transversal del conjunto de ellos. En el primer paso se elaboró un texto sobre cada relato de vida ordenado cronológicamente y temáticamente que incluye la mayor cantidad de detalles junto con las citas más expresivas<sup>(38,39)</sup>. Como segundo paso, se realizó una codificación abierta de las entrevistas para profundizar en la interpretación y organización analítica de las categorías<sup>(41,46)</sup>, codificando cada síntoma mencionado y, a partir de estos, construyendo árboles temáticos. Se utilizan los mismos términos señalados por los entrevistados para rescatar así de sus relatos la amplitud de experiencias emocionales o expresiones sintomáticas durante sus procesos. Estos análisis se realizaron con el soporte del software Atlas.ti v8 diseñado para el análisis de datos textuales.

### **Procedimientos éticos**

Los procedimientos éticos del estudio fueron aprobados por el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (BIOEPUC-H-346-2020). Cada entrevistado recibió un consentimiento informado que detallaba aspectos como la voluntariedad y confidencialidad. Se dejó registro de la aceptación del consentimiento en casa caso.

## **RESULTADOS**

### **Síntomas durante una depresión en hombres**

A continuación, se presentan la emociones y síntomas que los entrevistados relataron haber experimentado durante sus procesos depresivos. Ellos daban cuenta de una serie de síntomas que aquí se organizan según los principales temas encontrados. Estos son: a) síntomas emocionales; b) atípicos, evitativos o hacia afuera; c) de proceso de suicidio; d) físicos o corporales; y e) cognitivos<sup>(47)</sup>. Se sigue

una noción de síntoma amplia que abarca desde malestares psicológicos, emociones, signos físicos, así como comportamientos.

### **Síntomas emocionales**

Los síntomas más mencionados por los entrevistados son de corte emocional. Entre estos aparecían algunos vinculados con el desánimo o la tristeza, otros relacionados con la ansiedad, con la angustia, así como sentimientos propios del dominio de la frustración y la rabia. A su vez, se reportaron experiencias que se vinculaban con la soledad, desconexión emocional y la anhedonia.

En el ámbito del desánimo, los entrevistados relataban desmotivación, falta de energía, no tener ganas, cansancio, agotamiento, desinterés, improductividad, pérdida de sentido en el trabajo, deceimiento, abatimiento, sentirse abrumados, desazón, así como desgaste, sensación de colapso, sentirse reventado, con el ánimo cambiante, con desequilibrio emocional y labilidad emocional. A su vez, daban cuenta de emociones como la tristeza, pena, melancolía y bajón. Algunos entrevistados referían experimentar ansiedad durante sus procesos depresivos, la que se manifestaba vinculada al miedo, la incertidumbre, el temor a situaciones sociales, el miedo a ser evaluado o pensamientos obsesivos. En algunos casos, se relataba experimentar angustia, pánico, desesperación o dolor psicológico. Algunos entrevistados daban cuenta, asimismo, de frustración, rabia, irritabilidad y sentirse ofuscados. Unos experimentaban soledad, aislamiento social, retraimiento, falta de interés de ver a otras personas. Aparecían entre estos síntomas emocionales, la dificultad para disfrutar o anhedonia. Finalmente, algunos entrevistados mencionaban experimentar desconexión emocional e indiferencia.

En la mayoría de los entrevistados aparecía la desmotivación, el desgaste y la falta de energía como una expresión de la depresión; característica que, en algunos casos, puede llevar a quien los padecen a pasar mucho tiempo acostado o aislado. Así se observa en el relato de Juan (59 años), hombre gay, cuya

depresión se vinculaba a crisis en varios planes de su vida: una ruptura de pareja a quien descubrió que le era infiel, un despido laboral, un tiempo largo sin encontrar trabajo, desorden en sus finanzas y endeudamiento. Este período no solo es descrito como oscuro, marcado por ansiedad, soledad, baja libido, sino también como una época de desmotivación y tristeza.

*...ahí fue cuando un día estaba como muy desanimado, pero demasiado desanimado y... [respira] y... estaba tirado en la cama, y tenía que ir a hacer clases, y... no fui, me quedé acostado... (E7, Juan, párrafo 107)*

Marcelo (36 años), por su parte, señala que vivía un duelo desfasado por la muerte de su padre y que solo se permitió experimentar la tristeza tiempo después. Durante este período se sentía deprimido, desgastado, con ansiedad, con dificultad para disfrutar, con problemas de sueño, con baja autoestima, frustrado y con incertidumbre. El duelo, el contexto laboral inestable, la falta de oportunidades y la pérdida de independencia determinaban, en el caso de Marcelo, una narrativa de frustración e inseguridad, dimensiones que se presentaban como claves en su depresión. Describía así algunos de sus síntomas:

*Estaba como muy desgastado. Mm... estaba muy como que quería estar acostado todo el día y como que no sentía energías como para... para levantarme o para hacer cosas que antes disfrutaba como no sé, eh... eso, y tenía como... eh... este tema también de que me sentía como muy emocionado muy rápidamente, me caían las lágrimas y eso. (E4, Marcelo, párrafo 79)*

En el caso de Germán (64 años) su proceso depresivo estaba relacionado con el acoso laboral en la escuela donde había trabajado por décadas. La nueva dirección hostigaba a varios docentes por razones políticas, buscando que renunciaran. Se sintió abandonado por la institucionalidad. Se sintió desmotivado,

con mucha rabia, con angustia, su libido había disminuido, consumía más alcohol. Presentaba una narrativa de fractura por hostigamiento laboral que lo afectaba profundamente y quebraba su trayectoria.

*...pero sigo de repente con los sueños, sigo con la... con la angustia... como algo que me va... que me va consumiendo, me consume la energía... (E5, Germán, párrafo 19)*

Los entrevistados reportaron también algunos síntomas emocionales que se vinculaban con la baja autoestima, la inseguridad, la falta de autoconfianza, sentirse incompetente o incapaz, sentirse fracasado o sentirse frágil. Asimismo, aparecieron síntomas que se relacionaban con conflictos internos, con la soledad y, también, con una alta sensibilidad a la crítica. En el relato de Marcelo, por ejemplo, se vinculaban la autoestima o la narrativa de la inseguridad con el ámbito laboral. En este contexto, aparecía un cuestionamiento del valor del propio trabajo y la incertidumbre sobre posibles áreas para desempeñarse en caso de tener que buscar un nuevo trabajo. Con todo, se instala una falta de claridad sobre el proyecto laboral actual en el contexto de la pandemia y las posibilidades futuras.

*...lo otro que estaba como en..., me sentía como... eh... como como un tema también... yo creo que acá afectó también mi autoestima. En el sentido de decir como que eh... mm quizás no soy bueno para esto, o estaba como eso como... constantemente quizás cuestionando, quizás las cosas que ehh... que estaba haciendo y que, es que eso, yo creo que más que nada como esta incertidumbre de... de perder el trabajo y no saber en qué te vai a desempeñar. (E4, Marcelo, párrafo 80)*

En el caso de Tomás (34 años) sus procesos depresivos tuvieron como antecedente experiencias de victimización por abuso sexual en su infancia y el duelo por la muerte de su padre. Tomás presentaba una narrativa de inseguridad con una autoestima muy deteriorada que se vinculaba con aquellas experiencias

traumáticas. En su relato, él se definía como insuficiente, inacabado, poco valioso y declaraba no quererse a sí mismo. En sus procesos depresivos aparecían la tristeza y la desolación. Asimismo, daba cuenta de cómo las cosas dejaron de parecerles significativas y de que no encajaban en su espacio laboral. Tomás señalaba cómo durante su depresión se fue hundiéndose en la oscuridad y tuvo además ideación de suicidio.

*...cuando estoy muy bajón, siempre me siento como ¿insuficiente?... ¿inacabado? Ahí tengo conflictos con no terminar las cosas, que es como la constante, ehm... también tiene que ver con mis fracasos académicos, entonces también tiene que ver, esto también se asocia con esto de la autoimagen yo creo. La imagen, de nuevo, de no terminar las cosas, no ser valioso. Eso es como una especie de desnivel... de como, claro, mi apreciación de mí mismo, mi autoestima (E1, Tomás, párrafo 22)*

En este relato se observan, además, emociones de rabia, irritabilidad o frustración que se incluyeron en la sección siguiente por su relevancia como síntomas atípicos dentro de la depresión masculina.

### **Síntomas atípicos, evitativos o hacia afuera**

Algunos de los síntomas relatados por los entrevistados se clasifican como atípicos o alternativos, es decir, como expresiones del desánimo que habitualmente no son considerados socialmente, o por los manuales diagnósticos, como parte de la sintomatología de la depresión<sup>(20,22,27,35,36)</sup>. Algunos entrevistados vinculaban retrospectivamente estos síntomas con su proceso depresivo, es decir, tiempo después los identificaban como parte de su depresión. Entre estos síntomas aparece el sentirse alienado, desconectado emocionalmente o desconectado del presente, estar o ponerse en *modo avión*. Asimismo, se describe el sentirse estresado, irritable, ofuscado, *enmierdado*, contestador, enrabiado con otros o consigo mismo. Entre estos síntomas atípicos también aparece el volverse

trabajólico o alienado en el trabajo. Por último, entre este grupo de manifestaciones de los procesos depresivos aparece también el consumo en exceso de alcohol o de drogas.

La frustración, la rabia y la irritabilidad son expresiones emocionales descritas frecuentemente por los entrevistados. Gabriel (38 años) las reconocía al recordar la renuncia a sus planes académicos para dedicarse a sus responsabilidades como padre. En este sentido, abandonar el proyecto de estudiar fuera del país le trajo frustración y rabia (*bronca*), que luego fueron dando origen a melancolía y pena. Más tarde, Gabriel fue diagnosticado con una insuficiencia renal crónica que lo obligó a dializarse. Este diagnóstico lo hizo colapsar y caer en depresión y, por tanto, este hecho se presentaba como una narrativa de quiebre, es decir como un hito relevante<sup>(41)</sup> que marca un antes y un después en su biografía.

*...no hice lo que yo siempre quise hacer, que fue seguir estudiando... me coartó un montón de cosas, trabajar afuera, viajar, ehh... y eso me lo guardé, me fui guardando toda esa... ehh... toda esa bronca y frustración, y cuando aparece una enfermedad que te pinta este futuro que estoy viviendo hoy, que es súper nefasto, ehh... ah ahí colapsé, colapsé, ya se fue todo a la cresta. (E8, Gabriel, párrafo 78)*

La depresión de David (42 años), por su parte, tiene como antecedentes un despido laboral y la separación de su pareja. Por todo esto, se sentía desmotivado, frustrado y *enmierdado* lo que, a su vez, lo hizo aislarse y tomar mucho alcohol. Las sensaciones predominantes de rabia e indiferencia lo llevaron a encerrarse en su escritorio y aumentar los problemas con su pareja. Durante este primer momento, no tenía conciencia de estar deprimido. Por otro lado, en el ámbito laboral, después del despido solo había conseguido trabajos esporádicos en rubros fuera de su profesión. En este sentido, en la narrativa de David aparecían elementos de frustración y rabia que se vinculaban con la inestabilidad en lo laboral y, por otro lado,

una preocupación y dedicación al cuidado de su hijo.

*...mirando paatrás la falta de motivación eh, el no tener ganas de hacer muchas cosas, de estar en una sensación como de... estar como enmierdado, esa es la palabra, la palabra más [ríe] más gráfica yo siento pa describir mi estado de ánimo en ese tiempo y claro, yo creo que gran parte de eso se fue... se... lo estaba cargando a mi pareja [...] [tenía] como una... una sensación permanente de indiferencia, ¿cachai? Como que todo me... se... se me daba... todo me daba lo mismo, me valía madre, como dicen. (E3, David, párrafo 29)*

Otros síntomas atípicos mencionados por David y Gabriel se vinculan con el consumo excesivo de alcohol. En el caso de David, la pérdida del trabajo y la cesantía estaban marcadas por el consumo diario y una sensación de refugio en la bebida. En el caso de Gabriel, por su parte, a esto se sumaba al consumo de drogas como la cocaína, que él relaciona con las penas, así como con llevar la vida y el cuerpo al límite.

*...pasé por un momento donde ehh... estaba tomando todas las noches, todas las noches me iba a acostar borracho, solo. Me quedaba leyendo. (E3, David, párrafo 62)*

*...en ese proceso, claro que estresé mi cuerpo, que ya es un cuerpo súper enfermo [...] fundamentalmente con mucho alcohol eh... mucho alcohol [...] bebia... cinco veces a la semana con facilidad... [...] Y mucha... mucha droga. (E8, Gabriel, párrafos 49-50)*

### Síntomas de proceso de suicidio

Algunos entrevistados reportaron en sus relatos haber pasado por procesos de suicidio<sup>(48,49)</sup> los que se manifestaban con síntomas como ganas de desaparecer, de no existir, de morir.

En algunos aparece la ideación de suicidio, pensar en un plan de cómo llevar a cabo un suicidio y otros llegaron incluso a intentarlo. Estas experiencias usualmente se asocian con mucha tristeza, angustia y/o desesperación.

En el caso de Raimundo (32 años), un hombre gay de una ciudad pequeña del norte de Chile, su depresión se vincula con estrés académico o laboral, una ruptura de pareja y con inseguridad. Por mucho tiempo sentía que no podía ser el mismo, trataba de tener una expresión de género para parecer heterosexual, con hipervigilancia de lo que pudieran opinar los demás. En este caso, se presentaba una narrativa de inseguridad, con falta de confianza en sí mismo, marcada por la tristeza, el cansancio, el aislamiento e ideas de suicidio. Raimundo no solo se había sentido solo y sobrepasado, sino que se criticaba a sí mismo y era sensible a la crítica externa. Su malestar reciente tenía sus raíces en su adolescencia en un contexto homofóbico y un estigma internalizado que no le permitía ser él mismo.

*...que he tenido ideas de no existir, ideas de desaparecer, ideas de... de... suicidio [...] me empecé a sentir... no cómodo y ahí fue... cuando, empecé a sentir... de nuevo estas ideas suicidas... estas ganas de querer aislarme, este... [silencio] eh... esta tristeza, pena constante, no conformidad con mi cuerpo... con mi... eh muy... muy... muy sensible como a la crítica externa, cualquier cosa que me dijeran me afectaba mucho. (E2, Raimundo, párrafo 109)*

En el caso de Tomás (34 años), por su parte, la afectación a la autoestima y la salud mental tenían larga data y se relacionaban con el abuso sexual en la infancia. La ideación de suicidio, específicamente, estaba vinculada a una etapa de deterioro de su salud mental que llega hasta la escritura de cartas de despedida, lo cual le hacía tomar conciencia de lo agudo de su malestar.

*...yo creo que debo haber estado varios meses, que no me daba cuenta que estaba yendo para abajo y luego tuve un abismo*

*de otro par de meses, y ahí estuve como un par de semanas escribiendo cartas de despedida, como haciendo la planificación de muerte y ahí fue cuando dije esta hueá en verdad... (E1, Tomás, párrafo 36)*

David había fantaseado con la idea de lanzarse en auto desde un puente, especialmente cuando estuvo con más problemas económicos y esa situación se prolongaba en el tiempo. Sentía desazón y no veía ninguna salida a su situación. Sin embargo, lo considera algo imposible de hacer dado su vínculo con su hijo:

*Como que no... descansaba... súper... estaba súper complicado pa pagar la pensión, pal arriendo, pa qué sé yo [respira] eh entonces en determinado momento era como aj, ¿qué qué qué... qué salida tiene todo esto? sobre todo no sé, si empezaba a sentir que ya esa situación se extendía, se extendía, se extendía, ¿cachai? Y no pasaba nada [respira] ehh... entonces claro, como que te bajaba una desazón tremenda y decir ah, no sé ¿qué hago? Voy a manejar el auto... voy a tirarlo por el puente. (E4, David, párrafo 32)*

### **Síntomas físicos o corporales**

Los entrevistados relataron varios síntomas físicos o corporales vinculados a la depresión tales como tener energía baja o sentirse sin energía física, desgano corporal, cansancio, somnolencia y quedarse acostado en el día. Entre estos síntomas, aparecían el llanto, la incomodidad con el propio cuerpo, el alza de presión, estar agitado o acelerado, sentir el cuerpo estresado, el bruxismo, el dolor muscular y/o el alza de presión. Asimismo, daban cuenta de síntomas físicos como cambios en el peso y en la alimentación. Los entrevistados reportaban, a su vez, problemas sexuales como baja de libido, disfunción eréctil o anorgasmia que se incluyen en este grupo de síntomas.

Al respecto, Marcelo (36 años) experimentó diversos síntomas relacionados con

el cuerpo como problemas para conciliar el sueño, dolores musculares, movimientos involuntarios, alza de presión y angustia. Estos malestares lo llevaron a buscar ayuda médica y, entonces, lo derivaron a atención en salud mental. En ese primer momento, Marcelo no era consciente de su depresión y esta se expresaba somatizando, es decir, a través de malestares corporales.

*...empecé como a sentir algunos eh... problemas como, por ejemplo, para... para conciliar el sueño, estaba con temas de ansiedad, por ejemplo, que se... que... me movían, por ejemplo... se me movían la... los músculos, era como temas como más de... de esa sensación. Y también eh... principalmente eso, así como una angustia. ¡Ah! Y también tuve como, como temas de... eh... de alza de presión [...] Pero yo no sabía que en el fondo era eso [depresión], sino que me sentía mal. (E4, Marcelo, párrafo 7)*

Gabriel (38 años), por su parte, presentaba algunos malestares corporales como tiritones, tics, movimientos involuntarios con nerviosismo e incluso ataques de pánico. A su vez, su vida sexual se vio afectada por largo tiempo con anorgasmia, ansiedad antes de tener sexo y ataques de pánico., esto lo vivió como algo horripilante.

*...fundamentalmente eh... ataques de pánicos... reiterados que eran como ya... períodos de... de alto estrés con una buena cantidad de... de tics... en mi cuerpo, muy tiritón, muy saltarín en cierto momento... Más allá de que te pestañee un ojo, ya, se me movían los brazos, ya estaba llegando al punto de... como Piñera, en cierto sentido. Con muchos movimientos no... no espontáneos, de mi cuerpo, por el nerviosismo por el colapso. Y eh... mucha dificultad, mucha dificultad de intimar... ¿ya? En... relaciones íntimas, en pareja... no... o me daban ataques de pánico o no podía acabar. Y pasé, no sé, cinco, seis años, sin lograr un orgasmo... [silencio] era algo horripilante. (E8, Gabriel, párrafo 42)*

### Síntomas cognitivos

Finalmente se reportaron síntomas de orden cognitivo o mental tales como desconcentración, estar pensativo, no estar con atención plena en el presente, desinterés y tener problemas de memoria. A su vez, describían autoexigencia, autorreproche, autocrítica, cuestionarse lo que hacían. En los relatos aparecían síntomas como estar bloqueado mentalmente, cerrado a escuchar. Por último, se describían también una serie de síntomas que se vinculaban con divagar, sentirse perdido, en shock o tomar malas decisiones, desorganización en lo que se hace, desorganización mental, procrastinación e improductividad por no poder escribir, estudiar o trabajar.

Al respecto, Raimundo (32 años) se sentía triste y bajoneado, con dificultades para concentrarse, se sentía *ido*, en otra, se cuestionaba las cosas y se sentía incapaz. En este caso, se daba una narrativa de inseguridad, con una baja autoestima, relacionada con las dificultades que había enfrentado Raimundo en la aceptación y develación de su orientación sexual en un contexto homofóbico y evangélico.

*...me sentía que estaba en un lugar... que yo no era capaz de hacerlo bien, ehm no me podía concentrar tampoco, como que no... no... estaba como ido, no sé, como que estaba en otra todo el tiempo. Es como que estaba pensando siempre en algo, pero bajoneado, como triste, ehm sintiéndome incapaz, como que estando en el lugar y no estando ahí al mismo tiempo. [...] en ese tiempo cuestionaba mucho lo que hacía. (E2, Raimundo, párrafo 38)*

Juan (59 años), por su parte, durante el proceso depresivo procrastina, se siente desorganizado mentalmente y le cuesta rendir en sus estudios de maestría. Estos síntomas se insertan en un contexto de una ruptura de pareja, un despido laboral y desorden en sus finanzas.

*...estaba como... desorganizado mentalmente, eso fue hace como... estaba.... yo terminando un magíster... y como que no rendía y... pero básicamente lo que estaba trata... era muy pro... ¿Cómo se dice la palabra que está de moda?, procrastinador. (E7, Juan, párrafo 7)*

## Narrativas acerca de la depresión

La constelación de síntomas relatados los inscribe en diferentes narrativas, identificándose tres principales. En primer lugar, se observa una narrativa de frustración ya sea por algún hecho en su biografía que los afecta y/o por no poder cumplir con la norma o los valores de la masculinidad, como tener un trabajo estable, ser competentes, exitosos o fuertes. A su vez la frustración suele estar relacionada con irritabilidad y rabia en los entrevistados. En segundo lugar, se encuentra una narrativa de inseguridad, por falta de autoconfianza o una autoestima baja. En algunos casos la inseguridad se describe con anterioridad a la depresión, ya sea desde la infancia o adolescencia o como consecuencia de alguna experiencia de victimización o algún hito. En otros, en cambio, es el proceso depresivo el que afecta su autoestima disminuyendo su sensación de autovalía o de seguridad. En tercer lugar, se aprecia una narrativa de quiebre frente a un hito importante en su biografía que afecta, fractura o colapsa al sujeto e incide de manera gravitante en su proceso depresivo por motivos como un despido, un duelo o el advenimiento de una enfermedad. En las tres narrativas se observan dificultades para cumplir con la norma o los valores de la masculinidad, ya sea como antecedente o como consecuencia del proceso depresivo.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido analizar la construcción narrativa de la depresión en hombres adultos particularmente en cuanto

a los síntomas asociados a estos procesos de desánimo. Para ello se entrevistó con una metodología de relato de vida a nueve hombres chilenos que han pasado por un proceso de estas características. El foco en los síntomas de la depresión es relevante porque estos son los indicadores habitualmente utilizados, tanto para investigar como para diagnosticar la depresión. Asimismo, en el caso específico de la población masculina, este foco se torna relevante ya que se plantea que algunos de los síntomas habituales en varones son atípicos<sup>(20,22,27,35,36)</sup> es decir no son los considerados en el listado de los manuales diagnósticos.

En los relatos de vida analizados se describen diversas constelaciones de emociones y síntomas como expresión de la depresión. Algunos de estos llevan a los hombres entrevistados a tener problemas de funcionamiento en algún ámbito de sus vidas como la relación de pareja o el trabajo. En las diferentes narraciones se reconocen síntomas emocionales, corporales y cognitivos. Asimismo, en estas aparecen reportes sobre la ideación de suicidio. Tal como se ha encontrado en otros estudios sobre depresión masculina<sup>(20,22,27,35,36)</sup>, en este estudio se reportan varios síntomas atípicos, evitativos o hacia fuera, tales como irritabilidad, rabia, frustración, desconexión emocional, enajenación en el trabajo, comportamientos evitativos y consumo de alcohol o drogas. Los síntomas atípicos han sido llamados de este modo porque no suelen ser interpretados usualmente como síntomas depresivos ya sea por quienes los padecen, por los prestadores de salud, así como por los manuales diagnósticos. En este sentido, resulta relevante tener un mejor conocimiento y comprensión de estos síntomas atípicos que, como han señalado Londoño et al.<sup>(34)</sup>, son frecuentes en varones y, por tanto, indicadores útiles para la investigación, diagnóstico e intervención de la depresión masculina.

Este estudio confirma, por otro lado, que a algunos hombres les cuesta reconocer su malestar psicológico como es el caso de una depresión<sup>(19)</sup> y expresar sus emociones durante este tipo de procesos<sup>(24,25)</sup>. Tienden a no

ver, minimizar o guardarse sus emociones o su malestar. En concordancia con ello, la mayoría de los participantes no se reconoce deprimido en una primera etapa, a pesar de los comentarios de sus cercanos. Con el tiempo, retrospectivamente, algunos interpretan lo vivido como un proceso depresivo lo que parece confirmar las dificultades de los varones para identificar adecuadamente este tipo de malestar. En general, en las trayectorias revisadas, esto se relaciona con una búsqueda de ayuda tardía, así como con el bajo uso de los servicios de salud mental.

En los casos estudiados, fueron motivos de su depresión experiencias tales como pérdida del empleo o de la pareja, estrés, victimización o problemas de salud. Estos motivos les plantearon desafíos y/o tensiones en aspectos importantes de su masculinidad. La depresión, a su vez, les dificulta cumplir adecuadamente con las normas o valores de la masculinidad hegemónica disminuyendo o perdiendo atributos tales como fuerza, poder, éxito, seguridad, competencia o salud. De este modo, no lograr cumplir los valores aparece como un antecedente importante o incluso, en algunos casos, como la explicación de su depresión y su constelación de síntomas, tal como se ha encontrado en otros estudios. Según Oliffe *et al.*<sup>(22)</sup>, advertir la propia masculinidad como fallida en algún aspecto, incompleta o alejada de la norma puede llevar a depresión. Windmöller<sup>(50)</sup>, por su parte, destaca la importancia de la sensación de fracaso en las depresiones masculinas y Krumm *et al.*<sup>(20)</sup> en su revisión agregan, a su vez, la experiencia de debilidad, fragilidad y vulnerabilidad como elementos relevantes de los procesos depresivos en hombres.

Esta investigación cualitativa constituye un aporte en un campo escasamente estudiado en América Latina, y pone en relieve que, tanto para el estudio como para la clínica de la depresión masculina resulta importante rescatar el lenguaje emocional de los participantes e identificar los síntomas que son expresión de su malestar tal como ellos los narran o interpretan. Una mejor comprensión de cómo los hombres experimentan y cómo relatan sus procesos depresivos y sus

intersecciones con los valores de la masculinidad puede ser relevante para, en primer lugar, avanzar en la investigación utilizando instrumentos que recojan de modo más sensible culturalmente las características de este problema de salud mental. En segundo término, para mejorar la detección y el diagnóstico de la depresión en hombres ampliando los criterios que ofrecen los manuales diagnósticos y, por último, para mejorar el diseño de los servicios de salud mental de modo de hacerlos más pertinentes a la cultura masculina.

Las limitaciones de este estudio se relacionan con los tipos de casos observados. En primer lugar, se interpreta a partir de casos particulares de hombres adultos que estuvieron interesados en participar voluntariamente en una entrevista para compartir sus experiencias con la depresión. Son hombres en su mayoría con cierta reflexividad sobre sus procesos de salud mental e incluso sobre la masculinidad. A su vez, hay que considerar que todos los entrevistados que respondieron a la convocatoria son varones que no solo tienen conciencia actual de haber pasado por una depresión e interés en relatar su experiencia, sino además que todos ellos tienen una alta escolaridad.

A partir de estas limitaciones se establecen como desafíos futuros investigar la depresión masculina con hombres de diversos contextos, y considerar no solo distintos niveles socioeconómicos, sino también ubicaciones geográficas y sectores laborales diversos. Asimismo, se hace necesario estudiar hombres que presentan un acceso más precario a la salud mental debido a sus condiciones de vida y de exclusión como pobres, migrantes, indígenas y de la diversidad sexual y de género. En tal sentido, resulta importante contar con estudios sobre salud mental masculina con un enfoque de interseccionalidad. Asimismo, se hace particularmente necesario estudiar la depresión masculina en contextos que amenazan o precarizan las vidas de los hombres, tales como el desempleo o la pérdida de trabajo o ingresos durante la pandemia. Por otro lado, en este campo aparece como desafío investigar, con una perspectiva

de género y masculinidades, otros problemas de salud mental frecuentes en varones como procesos de suicidio, ansiedad, trauma y consumo abusivo de alcohol y drogas. Se requiere igualmente mayor investigación en el campo de los servicios de salud mental para conocer las barreras que se levantan en la atención de la depresión en hombres, así como en los sesgos de los prestadores con

relación a esta. Finalmente, un desafío importante en este campo es el avance en políticas y programas que permitan una mayor educación emocional y en salud mental de los hombres, que les facilite reconocer su malestar, buscar apoyo en sus redes naturales y buscar apoyo especializado, en caso de síntomas o problemas de funcionamiento más severos.

## FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue realizado en el marco de la Beca de Doctorado 21180911, de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile, bajo la tutoría del doctor Juan Guillermo Figueroa y el doctor Guillermo Rivera.

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
3. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. 2009;74(3):264–282. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.
4. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*. 2007;370(9590):851–858. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9.
5. Affleck W, Carmichael V, Whitley R. Men's mental health: Social determinants and implications for services. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2018;63(9):581–9. doi: 10.1177/0706743718762388.
6. World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014.
7. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioethica*. 2016;22(1):51–61. doi: 10.4067/s1726-569x2016000100006.
8. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:e165. doi: 10.26633/RPSP.2018.165.
9. Borges G, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Benjet C, Cia A, Kessler RC, et al. Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;29(e53):e53. doi: 10.1017/S2045796019000477.
10. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Reportería programa salud mental año 2014-2019. Santiago: Departamento de Estadísticas e Información de Salud; 2019.
11. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud 2016-2017. Segunda entrega resultados. Santiago: Ministerio de Salud; 2018.
12. Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social. Radiografía del cambio social: Análisis de resultados longitudinales, estudio longitudinal social de Chile, ELSOC 2016-2018. Santiago: COES; 2018.
13. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta nacional de salud 2009-2011. Tomo I. Santiago: Ministerio de Salud; 2011.
14. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral. Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en chile, 2009-2010. Santiago: Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral; 2011.
15. Connell RW. Masculinidades. México: UNAM; 2019.
16. Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: formulation, reformulation, and amplification. United Kingdom: Rowman & Littlefield; 2018.
17. Connell R, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*. 2013;21(1):241–282.

18. Messerschmidt JW. The salience of "Hegemonic Masculinity". *Men and Masculinities*. 2019;22(1):85-91.
19. Olvera C, Luna MG. El malestar en los hombres: una revisión de alcances. *Caleidoscopio*. 2019;(42):269-295. doi: 10.33064/42crscsh2148.
20. Krumm S, Checchia C, Koesters M, Kilian R, Becker T. Men's views on depression: A systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Psychopathology*. 2017;50(2):107-124. doi: 10.1159/000455256.
21. Rochlen AB, Paterniti DA, Epstein RM, Duberstein P, Willeford L, Kravitz RL. Barriers in diagnosing and treating men with depression: a focus group report. *American Journal of Men's Health*. 2009;4(2):167-175. doi: 10.1177/1557988309335823.
22. Oliffe JL, Kelly MT, Johnson JL, Bottorff JL, Gray RE, Ogrodniczuk JS, et al. Masculinities and college men's depression: Recursive relationships. *Health Sociology Review*. 2010;19(4):465-477. doi: 10.5172/hesr.2010.19.4.465.
23. Valkonen J, Hännine V. Narratives of masculinity and depression. *Men and Masculinities*. 2013;16(2):160-180. doi: 10.1177/1097184X12464377.
24. Pease B. The politics of gendered emotions: Disrupting men's emotional investment in privilege. *Australian Journal of Social Issues*. 2012;47(1):125-142. doi: 10.1002/j.1839-4655.2012.tb00238.x.
25. Ramírez JC. Algunos elementos para el debate sobre la intersección entre masculinidad y emociones. En: Ramírez JC, ed. *Hombres, masculinidades, emociones*. México: Universidad de Guadalajara; 2020. p. 15-46.
26. Addis ME. Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008;15(3):153-168. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x.
27. Chuick CD, Greenfeld JM, Greenberg ST, Shepard SJ, Cochran SV, Haley JT. A qualitative investigation of depression in men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2009;10(4):302-313. doi: 10.1037/a0016672.
28. Seidler ZE, Rice SM, Oliffe JL, Fogarty AS, Dhillion HM. Men in and out of treatment for depression: Strategies for improved engagement: Engaging men in treatment for depression. *Australian Psychologist*. 2018;53(5):405-415. doi: 10.1111/ap.12331.
29. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association; 2014.
30. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Guía clínica depresión en personas de 15 años y más*. Santiago: Ministerio de Salud; 2013.
31. Organización Mundial de la Salud. Trastornos depresivos. En: *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]*. 2019 [citado 11 jun 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p856upk>.
32. Cochran S, Rabinowitz F. Men and depression: clinical and empirical perspectives. New York: Academic Press; 2000.
33. Cavanagh A, Wilson CJ, Kavanagh DJ, Caputi P. Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*. 2017;25(1):29-38. doi: 10.1097/HRP.0000000000000128.
34. Londoño C, Peñate W. Síntomas de depresión en hombres. *Universitas Psychologica*. 2017;(4):1-19. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh.
35. Whittle EL, Fogarty AS, Tugendrajch S, Player MJ, Christensen H, Wilhelm K, et al. Men, depression, and coping: Are we on the right path? *Psychology of Men & Masculinity*. 2015;16(4):426-438. doi: 10.1037/a0039024.
36. Johnson JL, Oliffe JL, Kelly MT, Galdas P, Ogrodniczuk JS. Men's discourses of help-seeking in the context of depression: Men's help-seeking discourses in depression. *Sociology of Health & Illness*. 2012;34(3):345-361. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x.
37. Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Soerensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(3):197-202. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.02108.x.
38. Piña C. La construcción del "sí mismo" en el relato autobiográfico. Documento de Trabajo 383. Chile: FLACSO; 1988.
39. Piña C. Tiempo y memoria: Sobre los artificios del relato autobiográfico. *Proposiciones*. 1999;29:1-5.
40. Stake R. Multiple case study analysis. New York: The Gilford Press; 2006.
41. Bertaux D. Los relatos de vida: Perspectiva entnoscópica. Barcelona: Bellaterra; 2005.
42. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. California: Sage; 2002.
43. Kvale S, Brinkmann S. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles: Sage; 2009.
44. McLeod J. Case study research in counselling and psychotherapy. London: Sage; 2010.
45. Messerschmidt JW. Adolescent boys, embodied heteromasculinities and sexual violence. *Center for Educational Policy Studies Journal Center for Educational Policy Studies Journal*. 2017;7(2):113-126. doi: 10.26529/cepsj.172.
46. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. Los Angeles: Sage; 2006.
47. Chevance A, Ravaud P, Tomlinson A, Le Berre C, Teufer B, Touboul S, et al. Identifying outcomes for

- depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(8):692–702. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30191-7.
48. Hjelmeland H, Knizek B. Methodology in suicidological research - Contribution to the debate. *Suicidology Online*. 2011;2:8-10.
49. Tomicic A, Martínez C, Rosenbaum C, Aguayo F, Leyton F, Rodríguez J, et al. Adolescence and suicide: Subjective construction of the suicidal process in young gay and lesbian Chileans. *Journal of Homosexuality*. 2021;68(13):2122–2143. doi: 10.1080/00918369.2020.1804253.
50. Windmöller N. *Construção das masculinidades em depressão: revisão de literatura e análise de casos*. Brasília: Universidad de Brasilia; 2016.

#### FORMA DE CITAR

Aguayo F. La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *Salud Colectiva*. 2022;18:e3942. doi: 10.18294/sc.2022.3942.

Recibido: 21 ene 2022 | Versión final: 30 abr 2022 | Aprobado: 16 may 2022 | Publicado en línea: 30 may 2022



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.3942>