

### III. VARONES, GÉNERO Y SALUD MENTAL: DECONSTRUYENDO LA «NORMALIDAD» MASCULINA

Luis Bonino

Las recientes articulaciones entre el feminismo, los estudios de género y el psicoanálisis (Benjamín, 1995; Bleichmar, 1996 y 1998; Fernández, 1993; Prior, 1999) están permitiendo actualmente entender más específicamente las subjetividades generizadas y sus malestares en el campo de las teorías y prácticas de la salud mental. Sin embargo, hasta ahora el mayor énfasis ha estado puesto en la subjetividad femenina, ya sea para comprender su construcción, de construir las ideas sobre la feminidad, repensar los modos de producción de los malestares y psicopatologías de las mujeres, o para cambiar los abordajes terapéuticos. En cambio, la masculinidad como tal ha permanecido casi intocable.

Lo masculino y sus valores siguen aún tomándose en la cultura —y por supuesto también en el ámbito de la salud mental— como paradigma de normalidad, salud, madurez y autonomía y por tanto parece no requerir interrogación. Como derivado de esto, aún permanece virtualmente intacta en nuestra cultura occidental la distribución dicotómica injusta para las mujeres del espacio simbólico de la salud/ enfermedad mental (Tavris, 1992).

Por dicha distribución milenaria las mujeres (y la feminidad) siguen siendo «el» problema, las depositarias de la «anormalidad»/ patología/ locura humana. Y esto es así porque los varones (y la masculinidad) se han colocado desde el inicio de Occidente como

los propietarios de la «normalidad» de salud/cordura. Por tanto ellos no constituyen problema, sus teorías y prácticas de sí son la unidad ideal y única de medida de lo humano y desde ellas producen las normas que definen lo «normal». Y por esto sus quehaceres quedan incuestionados y silenciados por «normales».

Pero, cuando se ubica a los varones y a la masculinidad en el lugar del modelo, del ideal, de la normalidad, ¿de qué normalidad se habla?, ¿la de los sujetos que son los que tienen los problemas psicosociales de más relevancia en la salud pública (mucho más frecuentemente que las mujeres): alcoholismo, drogodependencias, suicidios, y los relacionados con el estilo de vida (cánceres, SIDA, infartos, accidentes y muertes por violencia)?, ¿la de aquellos que ejercen (mucho más que las mujeres), solos y en grupo, las mil formas de descuidos, abusos y violencias hacia las personas cercanas y lejanas, desde la misoginia y la homofobia hasta la violación a niñas/os y la desaparición de disidentes?, ¿la de una masculinidad cuyos valores preferentes están generalmente en la base de dichas problemáticas?

Indudablemente, el poder de la milenaria creencia en el varón como modelo de la normalidad humana (y por tanto de salud) es tal que invisibiliza las «anormalidades» y psicopatologías masculinas que quedan así inencontradas e impensadas. Así, la «anormalidad» sigue quedando del lado de las mujeres, la patologización-desvalorización psíquica de ellas es la regla, y la invisibilización de lo «anormal»/patológico masculino se perpetúa.

Se da así la paradoja que si bien, como veremos, la patología de género masculino es profusa, ella (y sobre todo la que provoca sufrimiento y/o daño a las demás personas) casi no es considerada, en el campo de la salud mental, dominio de ninguna teoría sobre la patología mental y tampoco los varones aparecen como sujetos motivo de estudio y tratamiento específico. Ni el sistema psicoanálisis/psicoanalistas está ajeno a esto y un ejemplo de ello es el poco interés que despiertan en él los «sadismos» masculinos, a diferencia del gran interés que en la teoría y en la clínica suscitan los masoquismos «femeninos».

Pero existe otra paradoja, y es que aunque las mujeres han sido anormalizadas/psiquiatrizadas —y por ello mismo— han entrado

en el campo de la salud mental como sujetas de estudio y tratamiento. Aunque esto ha llevado a medicalizar o psicologizar ciertos aspectos de la experiencia vital de las mujeres, ha permitido la visibilización de muchos aspectos de las problemáticas femeninas. En cambio, la ilusión de «normalidad» de los varones ha dejado a éstos por fuera de los dispositivos de salud mental, donde por supuesto están infrarrepresentados. Las «anormalidades» masculinas sólo son validadas en el ámbito de lo penal/judicial, aludiendo a la maldad, desviación o antisocialidad masculina, que únicamente pueden ser castigadas o vigiladas.

Los estudios de las relaciones de género han contribuido enormemente a comprender el sufrimiento femenino, a estudiar sus trastornos de género y a despatologizar/despsiquiatrizarse a las mujeres. Y esto ha sido posible porque la «anormalidad» femenina ha sido entendida como una construcción de la cultura patriarcal inferiorizante para las mujeres que puede/debe ser deconstruida/reconstruida en lo simbólico de la cultura y de cada sujeto desde una propuesta de igualdad de trato entre los géneros.

Algunas personas pensamos que del mismo modo se debe/puede utilizar dichos estudios, así como los estudios (auto)críticos de varones de ellos derivados (Hearn, 1990/1998; Kimmel, 1993/1998; Connel, 1995), para comenzar a problematizar y deconstruir la ilusoria normalidad masculina, nombrar lo patológico silenciado. Es decir: desnormalizar/psicopatologizar a los varones (y a la masculinidad) y entregarles, de la «anormalidad»/patología humana, el trozo que les corresponde. Paso previo éste para que las problemáticas de la masculinidad puedan encuadrarse, investigarse, y se puedan transformar, y los varones puedan encontrar un lugar en los dispositivos teórico-prácticos de la salud mental. Si esto fuera posible, probablemente el campo de la salud mental dejara de ser el ámbito en el cual circulan preferentemente las «frágiles» mujeres que reconocen (y son reconocidos) sus malestares, quedando fuera los varones «duros» que no reconocen (ni se les reconoce) su particular sufrimiento (Prior, 1999).

## Abordando las invisibles «anormalidades» masculinas

En los últimos años algunos pocos autores comienzan a ocuparse de la salud mental masculina y en la tarea de deconstrucción de la «normalidad» de los varones. Apoyados en el del concepto de riesgo se empieza a hablar de las altas tasas de suicidio masculino, de los abusos de sustancias y del estrés del desempleado, de los costes del ejercicio del rol masculino tradicional, de los jóvenes varones como grupo vulnerable, y de los «maltratadores» (Prior, 1999; Kuper, 1995).

Siguiendo esta línea, pero utilizando como recursos las conceptualizaciones derivadas de la articulación género/psicoanálisis, personalmente me he interesado en poner en palabras algo de lo masculino problemático silenciado e invisibilizado. Para ello he ido conformando un listado de «anormalidades»/patologías desde la interrogación a la epidemiología, las noticias, la escucha de casos, las investigaciones sobre la construcción de la subjetividad masculina y la descripción de casos clínicos de la literatura psicoanalítica o psicológica donde el sujeto de estudio es varón.<sup>1</sup>

Derivado de lo anterior, hace algún tiempo estoy desarrollando el esbozo de un sistema que permita organizar/clasificar las Pm, que pueda servir de base para seguir indagando en lo oculto masculino, y tenga además alguna operatividad clínica. Sistema que sea concordante con un modo «genérico», intersubjetivista y psicoanalítico de pensar la «anormalidad»/patología masculina y que permita ampliar la visión «no genérica» de la psicopatología, nombrar particularizadamente las Pm, discriminarlas entre sí, y operar sobre ellas. Para ello, dentro del marco referencial antedicho he elegido

---

1. En este artículo llamaré «problemáticas masculinas» (Pm) a escás «anormalidades» masculinas, categoría que diferentes autores que trabajan desde la óptica de género llaman también trastornos, psicopatologías o disfunciones de género (Burín, 1997), y que pretende considerar un aspecto, el genérico, de la compleja y múltiple producción del sufrimiento humano. Enunciados todos que son aproximaciones a un fenómeno recientemente considerado y que muestran la dificultad de encontrar terminologías que se alejen de la psicopatología clásica incluyendo la causación de género y que permitan a la vez la comunicación con otros profesionales del campo de la salud mental.

y utilizado dos articuladores/ejes que considero pertinentes para la propuesta, y a través de los cuales se organiza dicho sistema. Son:

El primero, un articulador ético: las propuestas de igualdad y reciprocidad de género (Amorós, 1997).<sup>2</sup> Desde esta óptica la supremacía masculina y el «ser para sí» masculinos no pueden ser definidos como «normales» o deseables. Ya que los varones son los portadores de estas prácticas de dominación y de alejamiento de la consideración de l@s demás como sujetos de reciprocidad, este primer articulador permite considerar Pm, no sólo a los propios malestares, sino además a los comportamientos dominantes que producen molestia, sufrimiento o daño a las demás personas, así como a los comportamientos de autocentramiento e indiferencia deshumanizante, ambos actualmente casi fuera de las clasificaciones de la psicopatología clásica.

El segundo, un articulador teórico/clínico: las creencias y mandatos sobre el género (Bleichmar, 1986). Este articulador deriva de incorporar las conceptualizaciones sobre la masculinidad —sello de identificación para los varones— como construcción realizada a partir de ideales. Ideales que se expresan, a través de una serie de creencias matrices y mandatos derivados que la llamada normativa de género (Nhg) prescribe a los que nacen con sexo masculino para nombrarse como varones (Benjamín, 1995; Bleichmar, 1996y1998; Fernández, 1993). Y también surge del aprovechamiento de las hipótesis de Kaplan y Kuper acerca de pensar las problemáticas de género como derivadas de la tiranía de los estereotipos y «virtudes» genéricas (Kaplan, 1994), y más precisamente, como resultantes de la absolutización y/o rigidificación de la influencia de una o más de las creencias de la masculinidad en la subjetividad (Kuper, 1995).

Desde estas teorizaciones este segundo articulador posibilita discriminar problemáticas en función de la creencia predominante. Permite además pensar otras problemáticas en función de la colisión intra e intersubjetiva entre nuevas y viejas creencias. Y finalmente es útil para operar clínicamente, desde las Pm hacia sus

---

2. Véase resumen del paradigma de la intersubjetividad y de sus recientes exponentes: Habermas, Levinas, Benjamín en Mugerza, 1998.

creencias matrices productoras y de allí a su deconstrucción terapéutica.

Dada la importancia de este segundo articulador, describiremos a continuación cuáles son las creencias matrices de la masculinidad, de dónde surgen y cómo organizan la construcción de la subjetividad masculina, ya que eso permitirá comprender mejor la clasificación que las incluye como ejes.

### **Subjetividad masculina hegemónica y creencias matrices**

La normativa hegemónica de género que organiza la actual subjetividad masculina está sustentada en dos ideologías. Una, la ideología del individualismo de la modernidad. Para esta ideología el ideal de sujeto es aquel centrado en sí, autosuficiente, que se hace a sí mismo, racional y cultivador del conocimiento, que puede hacer lo que le venga en gana e imponer su voluntad y que puede usar el poder para conservar sus derechos. Heredero de los ideales de la Grecia clásica, ha incorporado en los últimos siglos el valor protestante-capitalista de la eficacia. Este ideal se sintetiza en una de las creencias básicas de la masculinidad moderna: la de la autosuficiencia triunfante, que ejerce su acción a través de uno de los mandatos básicos que se inculca desde la cultura como condición para ser varón (y sujeto): *¡hazte a ti mismo! (¡y triunfa!)* (Gil, 1997). La otra ideología sustentadora de la normativa de género, es la de la satanización/eliminación del *otr@* *distint@*, que desde la antigüedad produjo el ideal del soldado guerrero y conquistador, promoviendo al sujeto valeroso, fuerte e invulnerable, inmovilizable, competitivo y bélico, con códigos de honor y obediencia por encima de todo (Elias, 1992). Sostenido en la lealtad ciega a ideales y normas grupales-comunitarios y a las jerarquías que los representan, aún hoy avala la conquista y la lucha expresada en las guerras y, en su variante civilizada, el deporte competitivo. Autorizando derechos de todo tipo para defenderse de lo hostil, fomenta la delimitación de identidades individuales y grupales autodefensivas y repudiadoras de las aperturas y las analogías con lo diferente de sí. De ella derivan otras dos creencias matrices de la masculinidad moderna: una, la de la belicosidad heroica, que valida el uso de la

violencia individual y grupal como recurso defensivo de lo propio y controlador del ajeno (Solana, 1997). Sus mandatos: *¡defiéndete (atacando) del otr@ distint@!* Y la otra, la del respeto a la jerarquía con su imperativo derivado *¡subordinación y valor!* Que, aunque es contradictorio con los imperativos anteriores, se ha ido integrando a ellos en la modernidad desde la creencia de que la masculinidad se adquiere a través de «pasos» en los que el sometimiento a personas (o desplazadamente a ideas) es necesario para acceder al adueñamiento (de sí o de otros).

Finalmente existe una cuarta creencia matriz de la masculinidad moderna: Ja de la superioridad masculina sobre las mujeres, por la que los varones se creen con mayor derecho que ellas a la libertad, las oportunidades y el buen trato. Esta creencia está derivada de la construcción patriarcal de la representación de la mujer como idealizada o amenazante, pero sujeto en menos. El modelo de relación con ellas que deviene de esto es el de la complementariedad (la mujer del hombre), siendo el varón el centro activo y modelo de sujeto y la mujer periférica y pasiva admiradora, con dicotomía de funciones (el varón en lo público, defensor y protector de lo suyo), y desigualdad de derechos (favorables al varón). Y esto, a diferencia de la relación con los otros varones, que, según las otras creencias matrices, son sujetos plenos, dignos de respeto admirativo/temeroso, aliados o enemigos, potenciales dominantes/dominados, pero participantes todos del pacto de monopolización de lo público y la producción de la ley.

Es cierto que, sustentadas en diversos ideales, creencias y valores, han existido y existen diferentes subjetividades masculinas (Ramos, 1997; Bonirio, 1996). Sin embargo, estas subjetividades quedan sofocadas por la subjetividad masculina hegemónica, la organizada por las ideologías y creencias antedichas. La subjetividad aún hoy se conforma principalmente alrededor de la idea de que ser varón es poseer una masculinidad racional autosuficiente y defensiva-controladora que se define contra y a costa del *otr@*, dentro de una jerarquía masculina y con la mujer como sujeto en menos, generando además una lógica dicotómica del uno u otro, del todo o nada (donde la diversidad y los matices no existen).

En 1976 dos psicólogos norteamericanos —Brannon y David— enunciaron lo que llamaron «los cuatro imperativos que definen la masculinidad» (Brannon y David, 1976). Bajo la forma de frases muy simples estos enunciados —cuyo cumplimiento valida aún hoy el ser «todo» un hombre— reflejan de un modo muy acertado diversos aspectos de algunas de las creencias matrices de la masculinidad y sus ideales/mandatos derivados que describimos precedentemente. Como veremos, cada uno de ellos contiene aspectos de más de una creencia matriz, que se articulan en un mandato-síntesis específico. Para comprender su grado de exigencia, estos imperativos/creencias deben ser entendidos desde la Lógica del todo/nada masculina (Lt/n.m) (Kuper, 1995). para la cual el no cumplimiento del ideal que propone una creencia (lo deseable/idealizado) arrastra inevitablemente al incumplidor a su extremo opuesto: el negativo del ideal propuesto por dicha creencia (lo temido/persecutorio), sin matizaciones. Los enunciados a que nos referimos son los siguientes:

I. No tener nada de mujer (*no Sissy stuff*). Ser varón supone no tener ninguna de las características que la cultura atribuye a las mujeres, que se viven como inferiores (ser para otros, pasividad, vulnerabilidad, emocionalidad, dulzura, cuidado hacia los otros...). Lo deseado/temido que aquí se juega es el opuesto macho/maricón, con su derivado hetero/ homosexual.

II. Ser importante (*the big tvheel*). Ser varón se sostiene en el poder y la potencia, y se mide por el éxito, la superioridad sobre las demás personas, la competitividad, el estatus, la capacidad de ser proveedor, la propiedad de la razón y la admiración que se logra de los demás. ¡Un hombre debe dar la talla! o ¡un hombre sabe lo que quiere! son imperativos derivados de este enunciado. Se juegan aquí en lo deseado/temido las oposiciones potente/impotente, exitoso/fracasado, dominante/dominado y admirado/despreciado.

III. Ser un hombre duro (*the sttrdy oak*). La masculinidad se sostiene en la capacidad de sentirse calmado e impassible, ser autoconfiado, resistente y autosuficiente ocultando(se) sus emociones, y estar dispuesto a soportar a otros. ¡Los hombres no lloran!, ¡no necesitan de nadie! o ¡el cuerpo aguanta! derivan de este imperativo. Fuerte/débil o duro/blando son aquí los opuestos deseados/temidos.

IV. Mandar a todos al demonio (*give'em hell*). La hombría depende de la agresividad y la audacia y se expresa a través de la fuerza, el coraje, el enfrentarse a riesgos, la habilidad para protegerse, el hacer lo que venga en gana y el utilizar la violencia como modo de resolver conflictos. Los pares de opuestos deseados/temidos son aquí valiente/cobarde y fuerte-agresivo/débil.

Por su valor descriptivo, he utilizado la definición de estos imperativos como ejes/discriminadores para la clasificación de las Pm que describiré en el siguiente apartado, agregando a esta lista un quinto imperativo no recogido en la descripción de Brannon y Davis y que expresa el aspecto subordinativo de la creencia de la masculinidad belicosa que nombramos anteriormente. Y este imperativo es:

V. Respetar la jerarquía y la norma. La masculinidad se sostiene en el no cuestionamiento de sí, de las normas y de los ideales grupales (los de la masculinidad incluidos), en el estar contenido en una estructura y en la obediencia a la autoridad o a una causa, obligándose a sacrificar lo propio con la ilusión (casi siempre incumplida) de que algún día el varón será dueño de sí (o al menos de alguien/algo). Lo deseado/temido es, desde esta creencia, pertenecer/no pertenecer a un grupo (de varones), ya que ellos (y no las mujeres) son los que avalan con su aplauso la masculinidad (Marques y Osborne, 1991).

La subjetividad particularizada de cada varón de este fin de milenio surgirá de las articulaciones y jerarquizaciones, siempre complejas y contradictorias, de estas creencias y mandatos imperativos con sus tematizaciones derivadas. Y lo hará en el proceso de metabolización/apropiación/transformación/denegación de dichas creencias y mandatos en la historia de cada sujeto a partir de la transmisión intergeneracional de la Nhg. Pese a ello, el poder configurador de dicha normativa es tal, que desde sus mandatos y a través de las mediaciones parentales, genera globalmente una organización específica de todas las subjetividades masculinas y sus contenidos. En esta organización, el predominio de las motivaciones de dominio y control (de sí y de lo otro), la lógica dicotómica del todo/ nada y el déficit de intersubjetividad son determinantes. Y dada la estructura patriarcal de la cultura, esta organización de la

subjetividad es aún lo «normal», en su doble acepción de la norma (en cuanto estructura deseable para el sujeto masculino —y complementariamente para el femenino—) y lo más frecuente.

Así, a través de la Nhg, tener una representación de sí como varón es el resultado de la constitución predominante de una subjetividad con límites yo/otros hiperreactivos, conformada por un yo centrado en sí y en las motivaciones de logro, un Yo-ideal de perfección elevada y grandiosa, un sistema de ideales muy elevados centrados en el dominio y control de sí y otros (la Nhg interiorizada) con la narcisización consiguiente del control y la agresividad, un superyo con alto contenido de mandatos narcisistas y de crítica severa, un predominio del deseo de dominio, un deseo sexual legitimado y vivido como autónomo, la proyección y el control de la acción como formatos de reacción frente al conflicto, un desarrollo logrado de habilidades instrumentales, un tipo de vinculación 'desconfiada y poco empática con renuncia a las motivaciones de apego, y un vínculo con las mujeres en las que se las considera sobre todo como objeto (de mirada, deseo o utilización) (Bonino, 1996).

Interiorizada como mandato de ser y de deber ser, por su elevada exigencia la Nhg se presenta como incumplible (siempre se puede hacer algo más para ser «todo» un hombre) pero a la vez, su incumplimiento/transgresión provoca angustias a veces insostenibles derivadas del tipo de crítica superyoica que la Nhg genera, y de los vacíos tremendos de sostén identificadorio alternativos (qué hombre es inmune a la inquietud que provoca la pregunta ¿tú eres un hombre, o qué?).

### **Malestares, indiferencias, «molestares» y maltratos masculinos**

Como decía anteriormente, el interés en poner en palabras las invisibilizadas y silenciadas Pm a través de la óptica de género me llevó a esbozar un sistema que permite organizarlas/clasificarlas de un modo que tenga operatividad clínica. Para ello utilicé los articuladores y las creencias/imperativos antedichos, haciéndolo desde las hipótesis de que la tiranía, absolutización y/o rigidización de estas creencias (solas o en combinación) al interior de la

subjetividad masculina, la lectura de su cumplimiento según la Lt/n.m, así como la colisión entre creencias, son factores clave en la producción de lo «anormal» invisibilizado masculino.

La clasificación de las Pm, que veremos a continuación, contiene una variada nomenclatura que he intentado sea consonante con el marco referencial que la sostiene.<sup>3</sup>

### **Clasificación de las problemáticas masculinas**

#### **Malestares masculinos**

—Trastornos por sobreinvertimiento del par éxito/fracaso (Prior, 1999).

a) Trastornos por búsqueda imperativa del éxito o control.

b) Trastornos por sentimiento de fracaso viril.

—Patologías de la autosuficiencia con restricción emocional (Benjamín, 1995; Bleichmar, 1996 y 1998; Fernández, 1993; Bleichmar, 1986).

—Trastornos por sobreinvertimiento del cuerpo-máquina muscular (Bleichmar, 1986; Tavis, 1992).

—Hipermasculinidades (Benjamín, 1995; Bleichmar, 1996; Bleichmar, 1998; Fernández, 1993; Prior, 1999).

—Patologías de la perplejidad y trastornos de la masculinidad transicional (Benjamín, 1995; Bleichmar, 1996 y 1998; Fernández, 1993; Prior, 1999; Bleichmar, 1986; Tavis, 1992; Hearn, 1990/98; Kimmel, 1993/98; Connel, 1995).

—Trastornos derivados de orientaciones sexuales no tradicionales (Benjamín, 1995; Bleichmar, 1996 y 1998; Fernández, 1993; Hearn, 1990/98; Kimmel, 1993/98; Connel, 1995).

#### **Trastornos por indiferencia a otr@s o a sí mismo**

—Patologías de la autosuficiencia indiferente o agresiva (Bleichmar, 1986; Tavis, 1992).

---

3. En el listado siguiente, figuran entre paréntesis, al lado de cada grupo, los imperativos/creencias que intervienen preponderantemente en su producción, según el número de orden del anterior listado de imperativos (Bonino, 1997).

—Trastornos por obediencia/rebeldía excesivas a la norma o jerarquía (Hearn, 1990/98; Kimmel, 1993/98; Connel, 1995).

Abusos de poder y violencias (molestares y maltratos masculinos)

—Abusos de poder y violencia de género (Prior, 1999; Tavis, 1992).

—Abusos de poder y violencia intragenéricos (Prior, 1999; Tavis, 1992).

a) Jerárquicos y generacionales.

b) Violencia entre iguales.

—Abuso de autoridad y poder político (Prior, 1999). —

Patologías de la paternidad y la responsabilidad procreativa (Prior, 1999; Bleichmar, 1986).

Trastornos por temeridad excesiva (Bleichmar, 1986) Todos estos trastornos generan, además de sufrimiento propio o ajeno, una inflación de determinados comportamientos masculinos (los prescritos desde las creencias de la masculinidad), así como un déficit de otros (los proscritos desde dichas creencias).

Veamos ahora un poco más detenidamente los diferentes grupos de esta clasificación.

### *Malestares masculinos*

Son problemáticas caracterizadas por la producción de sufrimiento psíquico y/o daño a sí mismo y por ser egodistónicas, es decir se viven como extrañas y molestas para el propio Yo. Podemos diferenciarlas en:

—Los trastornos por búsqueda imperativa del éxito y control, caracterizados por el hecho de que cualquiera de los valores derivados de las creencias de la masculinidad (trabajo, sexualidad, potencia económica o corporal, etc.), pueden ser tomados obsesiva o adictivamente como camino para llegar a ser «todo» un hombre. Este camino provoca una sobrecarga psíquica que lleva a veces al daño corporal intempestivo (infarto, por ejemplo).

—Los trastornos por sentimiento de fracaso viril, derivados de la percepción del no cumplimiento de algunos de los mandatos de la Ngh o de la pérdida de valores masculinos que se suponía

poseer (especialmente ante disfunciones sexuales o desempleo). Estas experiencias son significadas desde la Lt/n.m como fracaso en la realización del ser (ser poco o nada hombre) con la herida narcisista y la sintomatología ansioso-depresiva o hiperreactiva consiguiente.

—Las patologías de la autosuficiencia con restricción emocional: derivadas de la valoración extrema de la autosuficiencia vital y la invulnerabilidad, y con los consecuentes déficits personales provocados por la negación de lo emocional y lo vincular. En ellas lo llamado autosuficiencia es en realidad pseudoautonomía. Son quizás los malestares masculinos más frecuentes: arritmicidad patológica, alexitimia, homofobia, dependencias a la pornografía o a la tecnología, intimofobia, parasitismo emocional de las mujeres, etc. (Amorós, 1997; McDougall, 1987; Kimmel, 1994).

—Los trastornos por sobreinvertimiento del cuerpo-máquina muscular: derivados de la hiperconsideración del cuerpo «envoltura exterior». En cambio, el cuerpo «interior» está desinvertido de consideración, con la consecuente desconexión sensitiva de una parte de sí. La vigorexia es un ejemplo muy actual de este trastorno, así como las sobrecargas o las corazas musculares y la falta de detección de alarmas corporales que impiden registrar signos precoces de enfermedad.

—Hipermasculinidades: son trastornos por «exceso» de masculinidad: se desarrollan actitudes en las que hay una identificación infatuada y exhibicionista con valores masculinos, que se ostentan a través de comportamientos exageradamente «masculinos», tales como despliegues de fuerza, riesgo o agresividad, exceso en consumo de alcohol o drogas, hiperautosuficiencia, la hipersexuación o no respetar reglas. Son frecuentes en los adolescentes, quienes los realizan grupalmente a veces en contra de sus deseos para ser aceptados por sus pares, así como por varones en crisis vital. Surgen del malestar por una masculinidad en entredicho, a la que se intenta reasegurar con «estrategias» masculinas. A veces conducen a abusos, aunque no sea su objetivo específico.

—Las patologías de la perplejidad y trastornos de la masculinidad transicional: estas problemáticas surgen de la actual caída o puesta en cuestión de varios mitos de la masculinidad. Esto provoca en muchos varones que se sostenían en ellos desconcierto y

perplejidad, estancamiento del devenir vital o conflictos intra o intersubjetivos con los nuevos roles deseados/temidos. Entre ellas destacan el síndrome de «pérdida del norte» (Bonino, 1997), las dificultades de conciliación vida laboral/vida familiar, la vergüenza del hombre progresista a mostrar sus cambios y la llamada crisis de la identidad masculina (que la mayoría de las veces no es tal, sino un reacomodo a la restricción de roles que el varón percibe, pero sin cuestionamiento de sus representaciones de sí).

—Los trastornos derivados de orientaciones sexuales no tradicionales: originados en la no aceptación Ínter o intrasubjetiva de orientaciones sexuales no heterosexuales que algunos varones asumen fácticamente (célibe, homo o bisexualidad) y que implican transgredir la actual creencia de masculinidad=heterosexualidad activa, con la angustia y el temor al rechazo consiguiente.

La ausencia o el vaciamiento en la subjetividad de determinadas características humanas «proscritas» para los varones, y la acumulación de heridas al orgullo masculino que todas estas problemáticas producen, generan muchas veces déficits o inhibiciones en el desarrollo personal, que a su vez, por la impotencia que producen, generan más sufrimiento (McDougall, 1987; Kimmel, 1994).

*Trastornos por indiferencia a otr@s o a sí mismo* En ellos, la otra persona o el sí mismo no son sujetos u objetos de amor, posesión o dominio, sino que no son generadores de interés vital o simplemente no existen. Estos trastornos son:

—Las patologías de la autosuficiencia indiferente o agresiva: relacionadas con las patologías por autosuficiencia con restricción emocional, pero lo que las caracteriza no es la valoración narcisista del autoabastecerse sino el predominio de la indiferencia, la descalificación a las necesidades del otr@. Entre ellas: el autocentramiento patológico, la insolidaridad con los próximos y los lejanos en lo doméstico o en lo social, el embarazo de la pareja con desimplicación de la propia responsabilidad o la violencia «porque sí» (Gil, 1997) (en la que no se apela a una causa sino al puro placer de dañar).

—Los trastornos por obediencia/rebeldía excesivas a la norma y jerarquía. Los varones tienden a tener representaciones de sí como

autosuficientes, beligerantes y superiores a las mujeres. Sin embargo, en el plano funcional de la organización de su actuar tiene mucha predominancia el imperativo *¡subordinación y valor!* (pero ya sin la prescripción del valor) derivado de la burocratización del ideal del soldado. Por eso, en la práctica cotidiana de su vida, gran número de varones se encuentran acomodados rígidamente en relaciones micro y macrosociales de sometimiento, aunque éstas sean muy injustas o poco saludables, y no son muchos los que, aunque sufran en ellas, se rebelen. Sometidos a las pautas o jerarquías externas, la propia subjetividad se vuelve indiferente ante sí, sin realización de deseos personalizados o cuestionamientos transformadores, oculta tras los «roles» que se «deben» cumplir (y aquí tenemos la normopatía viril (McDougall, 1987) que no presenta «síntomas» quejas, pero produce «aplanamiento» vital y frecuentes trastornos psicossomáticos, la sobreadaptación exitosa o la neurosis obsesiva), o se «deben» transgredir (y aquí incluimos a las sociopatías) aunque con modelos transgresivos masculinos hiperindividualistas.

*Abusos de poder y violencias (molestares y maltratos masculinos)* En el campo de la salud mental, habitualmente suelen pensarse las problemáticas y trastornos de género como aquellos que se manifiestan egodistónicamente, como malestares en lo intrasubjetivo. Estas Pm, diferencialmente, se expresan en lo intersubjetivo.

Independiente de su origen (creencias en la inferioridad de la mujer, placer del dominio, necesidad de resguardo del territorio —mental, físico o geográfico—, o como defensa frente a heridas narcisistas), estas Pm son todas comportamientos de dominio sobre la(s) otra(s) persona(s). Son «molestares» (molestan, producen malestar) (Covas, 1997) y maltratos que producen sufrimiento y/o daño al atentar contra la libertad, el psiquismo, el cuerpo o las posesiones de las mujeres y de otros varones. Muchas veces van acompañados de deseos de hacer mal (sadismo), lo que permite entender mejor muchas formas de opresión y crueldad (Burmeister, 1996; Bonino, 1995; Gonsioreh, 1994; Racchini, 1992).

Por cada varón con una problemática de este tipo, existe complementariamente una (o unas) persona abusada, sufriente y/o dañada que muchas veces padece trastornos derivados del



avasallamiento subjetivo a la que es sometida en el convivir intoxicante con dicho varón (y que no deben confundirse con supuestos «masoquismos»). Es muchas veces a través del relato en la clínica de dichas personas y una escucha de género, como se puede detectar a estos varones abusadores y violentos.

Muchas de estas Pm están aún legitimadas o naturalizadas en las prácticas cotidianas, o no se incluyen en el campo de la salud mental. En este sentido, visibilizarlas, desnormalizarlas/patologizarlas no significa de ningún modo (porque *este* podría ser el riesgo) justificarlas como «patología» psíquica atenuante de responsabilidad. Por el contrario, ponerlas en evidencia es un primer paso para estudiarlas como problemas predominantemente masculinos, pero a la vez para deslegitimarlas y ubicarlas en lo que muchas de ellas son: delitos contra las personas, con la consiguiente responsabilización de aquellos que las realizan. Este grupo está constituido por:

—Los abusos y violencias de género. Todos aquellos macro o microcomportamientos de abuso de poder en los que las personas afectadas y dañadas en su físico, su psiquis o su dignidad son mujeres de todas las edades (Bonino, 1995). Aquí agrupamos a las violencias de todo tipo en el hogar, la calle y el trabajo, las explotaciones del cuerpo de la mujer y de la niña, e incluso la inducción «por amor» al consumo de drogas, o al delito. Se pueden ejercer de modo grupal, institucional o social.

—Los abusos de poder y violencias intragenéricos. Son todos aquellos que provocan sufrimiento y/o daño a otros hombres: jerárquicos y generacionales cuando se realizan apoyándose en la mayor jerarquía, edad, fuerza o aval social del que (o de los que) los ejecutan (Gonsioreh, 1994) tales como el *Inilltnng* (*matonismo* escolar), las novatadas, el ataque a homosexuales, el abuso físico o sexual en instituciones educativas, carcelarias o recreativas; o violencias entre iguales: que suelen realizarse apelando a una «causa» y donde cada varón, indistintamente, puede ser violentador o violentado.

—Los abusos de autoridad y poder político. En ellos, generalmente en manos de líderes con un grupo que los respalda, se aprovecha el espacio de autoridad grupal/comunitario que se tiene para realizar abusos morales, físicos o económicos contra los demás (Racchini, 1992). Relacionados con la adicción al poder, a

diferencia de la normopatía viril, quienes ejercen estos abusos no suelen padecer patologías psicosomáticas ni suelen enfermar ni morir en el ejercicio de su poder; quienes sí lo hacen son sus allegados afectivos. En este grupo, se incluyen los autoritarismos de todo tipo, el aprovechamiento individual del poder, las torturas y métodos de desaparición de personas, la producción de techos de cristal para discriminar a las mujeres, y los racismos o las xenofobias.

—Las patologías de la paternidad y la responsabilidad procreativa. En ellas el abuso, la violencia, la indiferencia o el abandono se dan en la relación paterno-filial. En otros casos existe desresponsabilización anticonceptiva o de crianza con delegación injusta de la carga de responsabilidad en la mujer.

#### *Trastornos por temeridad excesiva*

Son trastornos derivados de la hipervaloración del enfrentamiento al riesgo (con la consiguiente minusvaloración del peligro) como valor narcisista masculino, o del descuido de la propia salud. La adicción a la aventura, los deportes y juegos desafiantes de alto riesgo, el contagio de enfermedades de transmisión sexual por no uso de medios preservativos y los excesos en las ingestas (comer, beber o drogarse) son algunos de ellos. Otros, como la conducción temeraria, son además trastornos abusivos hacia los demás en tanto que pueden poner en peligro vidas ajenas (Bonino, 1994).

La lectura de esta clasificación que aquí concluye nos permite comprobar ampliamente la distancia existente entre esta realidad de la «anormalidad» masculina y la ilusión de la norma/normalidad masculina que la cultura aún sostiene. Además podemos ver que muchas de estas problemáticas pertenecen a lo que podríamos llamar «patologías de la acción/inacción», ya que se producen en el campo de lo comportamental, cosa no extraña dado que los varones se definen prioritariamente por el «hacer». Se alejan así frecuentemente de las patologías de la ideación o la emocionalidad, tradicionalmente más asociadas al campo de la salud mental, que quizás por ello las ha dejado fuera de su reflexión.

Por su importancia, y porque están poco estudiadas, visibilizar las Pm, describirlas, comprenderlas y poder contribuir a

transformarlas es una tarea que es necesaria para modificar el malestar que producen. Sin embargo, junto a esto y en paralelo, es preciso ir más allá: no sólo adentrarse en las problemáticas de la masculinidad, sino también poder pensar la masculinidad (tal como es definida actualmente) como problemática.

Es necesario no sólo comprender cómo las creencias matrices de la masculinidad en su absolutización/rigidización producen problemáticas, sino cuestionar dichas creencias. Es necesario deconstruir la modélica masculinidad moderna, la que genera sujetos centrados en sí contra o a costa del otro, la que provoca una ruptura de la intersubjetividad y la que silencia el reconocimiento mutuo y la individualidad ajena. Y ello puede hacerse, y se está comenzando a hacer (Benjamín, 1995; Bleichmar, 1996 y 1998; Fernández, 1993), desde el paradigma de la intersubjetividad, que puede permitir pensar y construir otras subjetividades masculinas que no teman la diferencia ni el vínculo intersubjetivo (Muguerza, 1998).

### La invisibilizada depresión masculina

No es el propósito de este artículo desarrollar la descripción de las diferentes problemáticas mencionadas. Sin embargo, en esta última parte describiré un modo habitual en que muchos de los males masculinos se expresan: la depresión a modo masculino. Ejemplo representativo de la invisibilización de las Pm, este cuadro clínico comienza a ser foco de interés para algunos autores norteamericanos del campo de la salud mental en los últimos tres años (Taffel, 1990; Linch y Kilmarin, 1999).

A pesar de su importante prevalencia, *este* cuadro suele ser poco diagnosticado precozmente en la clínica y poco reconocido por los que rodean al varón deprimido, dado que no responde a las habituales descripciones de la depresión.

Sabemos que, según los estudios de género y psicoanálisis, varones y mujeres, de acuerdo con la Nhg, presentan diferencias significativas en la construcción de sus subjetividades y en el desarrollo de sus prácticas. Y esto, entre otras cosas, se evidencia en los modos de definir, percibir, procesar, expresar, tolerar e intentar resolver el malestar. Y esto no puede dejar de ser así también en

relación a la depresión, ese complejo cuadro producto del proceso de articulación entre el estado depresivo, las reacciones defensivas frente al sufrimiento que produce dicho estado, y las complicaciones eventuales.

Ahora bien, los criterios diagnósticos actuales para el cuadro clínico de la depresión del DSMIV no tienen en cuenta esto. Dichos criterios (estado de ánimo depresivo con tristeza y llanto, pérdida de placer, energía e intereses, cambios en peso o ritmo de sueño, inhibición, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la concentración, pensamientos de muerte) reflejan preferentemente a una mujer deprimida, pero muy poco a un varón deprimido, cuyas características quedan entonces invisibilizadas.

Tiene así el DSM IV en este caso un sesgo genérico, por el cual se toman como universales los criterios basados en el modo predominantemente femenino de gestión de la depresión, ignorando que el modo masculino habitual es diferente.

Los varones manifiestan predominantemente su malestar, no como las mujeres, sino de acuerdo a los modos «masculinos» marcados por la Nhg para ellos: el autocontrol, el ocultamiento del malestar, la disociación y proyección emocional, la ira como emoción validada y la negación de la debilidad y la acción como modo expresivo, defensivo y resolutivo prioritario. Cuando esta modalidad está rigidificada (y esto está en relación proporcional al grado de sometimiento del varón a los mandatos de género), la disociación y proyección pueden convertirse en patológicas, y los comportamientos y actuaciones reactivo/defensivos deslizarse hacia la destructividad propia o de terceros.

Producto de esta modalidad genérica el varón depresivo no parece depresivo, ya que su dolor suele estar «detrás de la máscara» (Linch y Kilmarin, 1999). Aún así, podremos reconocerlo, por ejemplo, por su refugio en el trabajo, por su ingesta de alcohol al levantarse, por la conducción peligrosa de su vehículo mientras escucha melodías «sensibleras», o por su irritabilidad cronificada.

Lo característico es que las manifestaciones de su estado y sus reacciones al displacer —a diferencia de las mujeres— son sobre todo «comportamentales» y no emocionales. Por ello, la impotencia y desesperanza, sentimientos básicos de la depresión, suelen ser

percibidos «en sordina», o confusamente, con una sensación de que algo anda mal, pero sin saber qué. La tristeza no se expresa (o no se percibe), siendo más frecuente el «enfriamiento» emocional, existiendo además una muy baja tolerancia a percibir y aguantar el displacer, del que se huye con estrategias «masculinas». Derivado de esto, la abulia y la inhibición son poco frecuentes. Se tiende a atribuir lo que pasa a factores externos y hay resistencia a darle una explicación psicológica/emocional al malestar, al que se tiende a ignorar, o —si se lo percibe—, intentar superar sin ayuda.

Dada la dificultad de hacerse cargo de la propia emocionalidad (rasgo tan pertinente al alexitímico hombre duro), es muy común que la pareja, por mandato de género, habitualmente «descubra», «soporte» e introyecte el malestar disociado, y se autoculpabilice (y la culpabilicen) del problema del varón. Esto produce en ella un gran sobreesfuerzo que la lleva muchas veces a los dispositivos de salud mental, que muchas veces no distinguen entre la patología propia femenina y la inducida/implantada por el varón depresivo. (¡Tendría que venir mi pareja! es una frase frecuente en las mujeres que acuden a los dispositivos de salud mental y que pocos terapeutas toman en serio.)

En tanto los varones, por mandato de género, «hacen», más que «sienten»; los indicios de que algo del orden de la depresión les afecta deberemos buscarlos, no en su expresión emocional, sino en su comportamiento. Y aquí nos encontramos con dos importantes indicadores: el primero, los «cambios de carácter».

Un varón deprimido dice que no le pasa nada, no quiere hablar acerca del tema (frecuentemente no sabe qué le pasa). Sin embargo, socialmente se convierte en desagradable: enmudecido o irritable, antisocial u ofensivo. Su familia tiene claro que «algo» le pasa, pues su comportamiento está cambiando, pero él se niega a reconocerlo. Estos cambios se presentan en dos diferentes y típicos modos: el «inexpresivo/huraño», en el que predomina la desconexión y el aislamiento silencioso, que puede ser físico —encerrándose en algún espacio de la casa o en alguna actividad—, o mental, encerrándose en sus pensamientos.

Quienes están con el varón que así se presenta lo definen como siempre preocupado, enmudecido, que no acepta que le digan nada,

sin otros intereses que el trabajo, sin amigos, hiperrutinario y aburrido. El otro modo, es el modo «agresivo/agitado» en el que prevalece la irritabilidad (el DSM IV habla de este criterio, pero para niños adolescentes), la pérdida fácil del control, los accesos de «mal carácter», la explosividad, la ansiedad y la amargura.

Quienes lo rodean lo describen como si fuera un animal enjaulado, hipersusceptible, hiperactivo e inaguantable por sus exigencias, que despierta temor por sus reacciones, que pone ansiosos a todos y que genera que no se le informe de nada para que no se irrite.

En ambos modos, la convivencia con el varón se hace poco tolerable, y esa convivencia también se sostiene habitualmente en los genéricamente prescriptos «aguantar», complementar y responsabilizarse por la «armonía» familiar de la mujer. Eso supone un sobreesfuerzo añadido al de hacerse cargo de la emocionalidad.

En las mujeres/compañeras son muy comunes una serie de actitudes «femeninas» exageradas, que pueden ser también indicadores indirectos de la presencia de un varón deprimido y que ellas suelen relatar en las consultas psicológicas a las que acuden con mayor asiduidad que ellos. Es frecuente que con los varones inexpresivo/huraños las mujeres/parejas pongan esfuerzos y vitalidad para que todo funcione y se sobreesfuercen para mantener una actitud positiva, con el consiguiente y habitual estrés. Y con los agresivo/agitados estén siempre tratando de calmar, tengan mucho cuidado con cada cosa que dicen, no brinden información para protegerlo de la tensión de los problemas cotidianos. Un trabajo terapéutico con los varones requiere necesariamente ayudar a las mujeres a modificar estas actitudes «cuidadoras» en las que los varones se apoyan para no reconocer lo que les pasa.

El silencio —en especial el silencio sobre sí— cobra un especial relieve en el varón deprimido. Es un silencio que se defiende, y si se lo pretende romper pidiendo información o conexión provoca enojo. Encerrarse en sí mismo, no contestar, contestar con monosílabos, no preguntar, no escuchar, son algunas de sus variantes.

La renuncia a hablar o hablar de sí es una actitud habitual en los varones, producto de prescripciones genéricas. Sin embargo, hay otro aspecto de este comportamiento que suele estar invisibilizado y que tiene gran importancia en cuanto a su sostenimiento:

independientemente de las razones internas que llevan al varón a estar silencioso (de hecho muchas veces el silencio es debido a una sensación de impotencia que no se quiere mostrar o al no saber qué decir) este comportamiento implica también un ejercicio de abuso de poder porque hay imposición de silencio a la relación con la mujer. Permanecer en silencio para el varón no es sólo no poder hablar, sino no sentirse obligado a hablar ni a dar explicaciones (recurso que sólo pueden permitirse quienes tienen poder) y por tanto imponer el no diálogo. Se fuerza así a los familiares (especialmente a la pareja) a, entre otras cosas, tener que adivinar lo que a él le pasa y a girar a su alrededor para captar cuándo estará accesible.

La consecuencia frecuente es que la insistencia de la mujer para conectarse con él muchas veces es vivida por el varón como una persecución que él niega haber originado y que complica la situación. *¡Déjame en paz!, ¡estoy ocupado!, ¡no me presiones!* son frases habituales que reflejan este estado.

El otro indicador diagnóstico son los comportamientos auto/heterodestructivos. El estilo de reacción masculino frente al estado depresivo, o a veces la única manifestación de ese estado, es predominantemente de acción, con un formato distractivo o evasivo, utilizando estrategias de «escape» a partir de cualquier medio o actividad. Este tipo de reacción, avalado por el mandato genérico como forma de lidiar con los afectos, es positiva en cuanto favorece la sensación de control sobre sí y afecta positivamente el ánimo, pero muy frecuentemente se transforma en un tipo de reacción defensiva «hipermasculina», en la que se apela en exceso a los comportamientos normalizados como masculinos. Así se desencadenan actitudes de hipercontrol, riesgo excesivo o impulsiones/compulsiones, que pueden conducir a graves y dañinas situaciones para sí o tercer@s. Entre ellas: descuidos graves de la salud, actividades de riesgo (deportes, conducción con accidentes frecuentes, promiscuidad compulsiva), intoxicación por alcohol o drogas, workolismo o abandono impulsivo de trabajo, ludopatía, violencia, suicidio sin señales previas (de cada tres suicidios consumados, dos son de varones; entre los de personas jóvenes y ancianas representan el 90%), y a veces suicidios posteriores al asesinato de la pareja o hijos a quienes arrastra posesivamente a la muerte en su desesperación.

No es de extrañar que, frente a una sintomatología tan por fuera de los criterios habitualmente considerados, las depresiones masculinas no sean diagnosticadas, y aún menos, tratadas. Y por ello, no es infrecuente que el primer indicio de que algo del orden de la depresión le pasa a un varón es a través de las consecuencias de una conducta autodestructiva, de una «explosión» física, o porque relata que «hace un tiempo lo pasó muy mal» y ahora quiere tratarse porque no quiere repetir la experiencia.

En los últimos tiempos, se suele nombrar como «depresión enmascarada» a depresiones «atípicas» como la que describimos. La depresión a modo masculino podría ser incluida en esta categoría, con la salvedad de que no es enmascarada sino que es en realidad una depresión expresada claramente con las máscaras que la Nhg propone a los varones, y que es preciso conocer para lograr un abordaje terapéutico adecuado que, por otra parte, siempre debe incluir a su pareja «cuidadora», aunque para desresponsabilizarla.

#### Referencias bibliográficas

- AMORÓS, CELIA, *Tiempo de feminismo*, Madrid, Cátedra, 1997.
- BENJAMÍN, J., *Sameness and Difference*, New Haven, Yale University Press, 1995.
- BONINO, LUIS, «Varones y comportamientos temerarios», *Act. Psicológica*, n° 210 (6), pp. 24-26, 1994.
- , «Micromachismos en la vida conyugal», en Corsi, J., *Violencia masculina en la pareja*, Buenos Aires, Paidós, 1995.
- , «La identidad masculina a debate», *Área*, n° 3-4, pp. 16-20, 1996.
- , *Programa Varones, género y salud mental* (en prensa), 1997.
- BLEICHMAR, HUGO, *Angustia y fantasma*, Madrid, Adotraf, 1986.
- BLEICHMAR, EMILCE, *Género, psicoanálisis y subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- , *La sexualidad femenina: de la niña a la mujer*, Madrid, Paidós, 1998.
- BRANNON, R. y D. DAVID, *The Forty-ninepercent majority*, Washington, Wesley Press, 1976.
- BURFfN, MABEL, *Programa Postgrado género, salud y subjetividad*, Universidad Argentina Bar Han, 1997.
- BURMEISTER, R., *Evil*, Washington, Pixel, 1996.
- CONNEL, ROBERT W., *Masculinities*, Oxford, Polity Press, 1995.

COVAS, S., «La mujer ¿cuidadora?», *Primeras jornadas mujer y salud*, San Fernando/Madrid, Cam, 1997. ELIAS, NORBERT, *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*. México: Fondo de cultura económica, 1992. FERNÁNDEZ, A. M., *La mujer de la ilusión*, Barcelona, Paidós, 1993. GIL CALVO, ENRIQUE, *El nuevo sexo débil*, Madrid, Temas de hoy, 1997. GONSIORREH, J., *Male sexual abuse*, Londres, Sage, 1994. HEARNS, J. (series editor), *Critical Studies in Men and Masculinities*, Londres, Routledge, 1990-1, 1998. KAPLAN, L., *Perversiones femeninas*, Barcelona, Paidós, 1994. KIMMEL, M. (series editor), *Research of Men and Masculinities*, California, Sage, 1993-1998. —, «Masculinity and Homophobia», en Brod, H. y M. Kaufman (comp.), *Theorizing masculinities*, Londres, Sage, 1994. KUPER, T., «The politics of psychiatry», *Masculinities*, n° 3 (2), pp. 67-78, 1995. LINCH, J. y CH. KILMARIN, *The pain behind the mask*, Nueva York, Haworth Press, 1999. MARQUES, JOSEP-VICENT y RAQUEL OSBORNE, *Sexualidad y sexismo*, Madrid, Fundación Universidad Empresa, 1991. MCDUGALL, JOYCE, *Teatros de lamete*, Madrid, Tecnopublicaciones, 1987. MUGUERZA, J., «Reencuentro con el otro», *El País*, pp. 10-11, 1998. PRIOR, P., *Gender and mental health*, Londres, MacMillan Press, 1999. RACCHINI, P., *La neurosis del poder*, Madrid, Alianza, 1992. RAMOS SANTANA, ALBERTO (comp.), *Identidad masculina en los siglos XVIII y XIX*, Cádiz, Universidad de Cádiz, 1997. SOLANA, M., «El ideal del soldado y el de ciudadano», *El Niño, rev. del campo freudiano*, n° 4, pp. 42-48, 1997. TAFFEL, R., «The politics of mood», *The Family Therapy Networker*, n° 72(11/90), pp. 49-53, 1990. TAVRIS, C., *The mismeasure of woman*, Nueva York, Touchstone, 1992.