

TRISTEZA O IRRITABILIDAD: DEPRESION MASCULINA

Los hombres ¿todavía no lloran?

Se decía que los hombres no lloran. Se decía que los hombres sienten poco y expresan aún menos. Se decía que los hombres hablan poco de sus intimidades y que evitan mostrarse vulnerables. ¿Se seguirá diciendo?

En *Las depresiones* (Paidós, 2006), esboqué ciertas diferencias entre mujeres deprimidas y hombres deprimidos. En este artículo me propongo, más que avanzar sobre el tema, particularizar ciertas características culturales de la depresión en los hombres como creo que, por las razones que mencionaré, esta subdiagnosticada.

Cada año, 6.000.000 de varones estadounidenses escucharán el diagnóstico de depresión. Son también millones los que sufren en silencio, sin diagnóstico o con diagnóstico equivocado, o los que teniéndolo se rehúsan al tratamiento, tal vez porque “los hombres no lloran”.

La Organización Mundial de la Salud pronostica: “*Se espera que los trastornos depresivos, en la actualidad responsables de la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial, ocupen el segundo lugar, después de las cardiopatías, en 2020*”. Hacia esa fecha las problemáticas de la salud serán principalmente: envejecimiento de la población; propagación del HIV e incremento en la mortalidad relacionadas con el tabaco y la obesidad. Las depresiones se ubicarán, como causa de discapacidad, por delante de los accidentes de tránsito, las enfermedades vasculares cerebrales, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las infecciones de las vías respiratorias, la tuberculosis y el HIV.

¿Cual es el costo económico de las depresiones? El *Journal of the American Medical Association* lo estimó recientemente, para los Estados Unidos, en 48.000 millones de dólares anuales. Y el número se queda corto, porque todavía hay que agregar los gastos derivados: hospitalizaciones, consultas y pruebas diagnósticas por afecciones médicas que no han sido diagnosticadas como depresión pero que lo son. **Por lo cual reciben esa denominación de “depresión enmascarada”. Y ya veremos el papel del enmascaramiento en la depresión del varón, ese ser al que le cuesta expresar sus afectos.**



Describamos los motivos de consulta en las depresiones: A) Estados de ánimo y afectividad: tristeza, baja autoestima, autorreproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones varias. B) Pensamiento: concentración disminuída, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicidas. C) Manifestaciones somáticas: alteración de algunas funciones (insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual); dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

Los deprimidos tienen una visión pesimista de sí mismos y del mundo, un sentimiento de impotencia y de fracaso. Sus días son una cansada sucesión de rutinas y pesares, sin los pequeños estallidos de alegría de la persona común y casi sin motivos de deleite (intelectuales, estéticos, alimentarios o sexuales). Como si la existencia careciera de color, de sabor y de sentido. No todos los deprimidos son “calladitos” y viven en mortecino abatimiento. Algunos – sobre todo los varones- ocultan el vacío interior con el ruido de la violencia, el consumo de drogas o la adicción al trabajo. Síntomas que, con un eufemismo, se califican como “irritabilidad”.

Se advierten disminución de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Hay cambios en las funciones cognitivas, en el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito y la actividad sexual), los que suelen afectar el desempeño social, laboral e interpersonal.

Están agobiados en busca de estímulo. Están ansiosos en busca de calma. Están insomnes en busca de sueño. El agobio se expresa en la temporalidad (“no tengo futuro”), en la motivación (“no tengo fuerzas”) y en la propia estimación (“no valgo nada”). Se sienten abrumados por cierta desesperanza que les impide contar con la energía necesaria para formular nuevos proyectos y dejar de revolver, nostálgicamente, las cenizas del pasado. Porque el futuro, a diferencia del pasado y del presente, tiene que ser inventado. Porque inventar es un juego. Y estas personas no “saben” jugar o saben pero lo han olvidado.

Pocas veces el varón expresa la alteración del estado de ánimo a través de síntomas psíquicos como la tristeza, la labilidad emocional o la ideación depresiva. Por eso la depresión masculina está más enmascarada que la femenina y puede pasar inadvertida cuando el profesional –médico, psiquiatra o psicólogo- no advierte que la depresión se está manifestando como anorexia, astenia, dolores musculares, cefaleas, insomnio, pérdida de peso. Incapaces de identificar las emociones propias y, por lo tanto, de expresarlas con palabras, estos depresivos sólo mencionan los síntomas físicos de su malestar.



En estos casos, la alteración del estado de ánimo se manifiesta como alteraciones fisiológicas (anorexia, astenia, dolores musculares, cefaleas, insomnio, pérdida de peso). Cerca del 50% de los episodios depresivos mayores no se detectan porque el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas. La incapacidad para expresar los sentimientos con palabras, los problemas de concentración, y el consumo de sustancias puede ser más evidente que las alteraciones del estado de ánimo.

El alcoholismo y las adicciones, sin ser exclusivos de la depresión masculina, a veces se suman a ella, como la otra cara del vacío depresivo. (Y ya sabemos que también pueden ser adictivos el trabajo, los juegos de azar, etc.) Depresión y adicción forman un círculo vicioso. Se busca la euforia artificial para escapar de la apatía depresiva, pero el alivio es pasajero. El daño, en cambio, es duradero y acentúa el sentimiento de culpa.

El alcohol ayuda a escapar de la visión crítica que tenemos de nosotros mismos. Cuánto más negativa es la mirada sobre uno mismo, más se intenta eludir ese sentimiento mediante el consumo de sustancias. El alcohol es un desinhibidor que facilita el paso a la acción, pero sus efectos depresógenos son múltiples: biológico (perturbación de los neurotransmisores vinculada a la dependencia física), sociales (vergüenza y rechazo social) y psicológicos (alteración de la autoestima). En cualquier caso, la autoestima del paciente alcohólico es muy inestable. Su discurso oscila de la negación a la desesperación. Ninguna de esas actitudes es eficaz para salir adelante.

Ciertos conflictos conyugales y familiares, el ausentismo laboral, el bajo rendimiento escolar, el aislamiento social y la falta de motivación pueden ser depresiones enmascaradas. Un predominio mayor de depresiones somatizadas se produce en los pacientes que tienden a la negación, la hiperactividad y cierto control omnipotente del entorno. Su idiosincrasia no les permite discernir vivencias de indefensión y de fracaso, hasta que las alteraciones somáticas las evidencian.

El sistema inmunológico no es inmune a las emociones. Los mensajeros químicos operan en el cerebro y en el sistema inmunológico. Algunos descubrimientos evidencian que las emociones ejercen efectos innegables en el sistema nervioso autónomo.

Los estados depresivos pueden aparecer a raíz de cualquier alteración somática. Y habrá que apelar al tacto clínico para decidir entre tres posibilidades: a) que los estados depresivos hayan provocado los síntomas somáticos; b) que sean ellos, en cambio, los resultantes de una enfermedad médica; c) que condicionen la evolución de la enfermedad médica. Las enfermedades médicas que más se asocian a la depresión son el colon irritable, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la insuficiencia renal, las enfermedades autoinmunes y las cardiovasculares.

La depresión masculina se enmascara. La depresión (y sólo para mencionar un ejemplo) está asociada a enfermedad coronaria e infartos cardiacos y cerebrales, padecimientos que afectan a los hombres con mayor frecuencia y a una edad más temprana que a las mujeres. En los últimos 40 años, la tasa de suicidio entre hombres ha sido cuatro veces superior a la de mujeres.

Depresión masculina: del reduccionismo a la complejidad.

¿Y cuál es la causa de las depresiones? Se observa, sin duda, un desequilibrio neuroquímico. Pero también se observan la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, la enfermedad corporal y las condiciones histórico-sociales. Mientras vamos desarrollando articulaciones en esta compleja constelación, un mínimo recaudo será el de evitar los reduccionismos y precaverse de las opiniones interesadas.

Miremos a nuestro alrededor. Psicoterapeutas que ni se informan sobre la medicación que toman sus pacientes. Psiquiatras biologicistas que descreen en la psicoterapia como complemento a los fármacos y hasta del diálogo con el paciente. Y ello para describir el escenario antiguo, de un paciente ante un profesional, con la industria fuera del consultorio.

En las últimas décadas los avances en la ciencia de los genes y del cerebro han sido apabullantes. Hay un gen para cada aspecto de nuestras vidas. Genes para la salud y la enfermedad, para la criminalidad, la violencia, la orientación sexual “anormal” y hasta el “consumismo compulsivo”. Se propugna una relación causal directa entre el gen y la conducta. Un hombre es homosexual porque tiene un “cerebro gay”, que a su vez es producto de “genes gay”; alguien está deprimido porque tiene los genes “de” la depresión. Hay violencia en las calles porque la gente tiene genes “violentos” o “criminales”; la gente se emborracha porque tiene los genes “del” alcoholismo.

La vida no se reduce a la bioquímica, y menos la vida psíquica. Es propio de la libertad desbaratar los códigos biológicos y sociológicos. La excitación y la incertidumbre de lo que nos espera son superiores a la regularidad de un placer grabado en nuestras células



La industria farmacéutica suele abogar exclusivamente por la farmacoterapia, como si la química fuera la clave. La bioquímica puede aliviar ciertas depresiones. Pero estas resultan de una alteración de la autoestima en el contexto de los vínculos y los logros actuales. Reconocer los aspectos químicos de las depresiones no implica desconocer los aspectos psíquicos ni los socioeconómicos. Pero postular que las depresiones son solamente biológicas es científicamente falso y humanamente peligroso. Las depresiones tienen que ver también con el

desempleo, la marginación, la pobreza extrema y la crisis en los valores e ideales. Tampoco en esto disponemos de estadísticas confiables. Pero en la Argentina no es aventurado vincular la depresión a los duelos masivos y traumas devastadores que hacen zozobrar vínculos, identidades y proyectos, personales y colectivos. **Las depresiones componen la cara oscura de la intimidad contemporánea.**

Un psicoanalista es alguien que inscribe una trayectoria, que la inscribe día a día, cuando procesa sus lecturas, su experiencia clínica, su propio análisis, su participación en diversos colectivos. Procesando y siendo procesado, va complejizando su escucha.

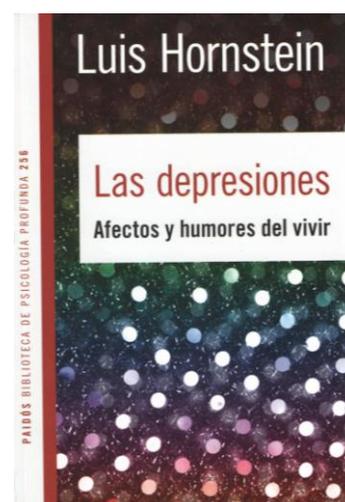
Hasta hace poco, el hombre recorría esperanzado el camino del progreso. Él, que había domesticado a varias especies animales, creía que podía someter a la naturaleza, controlar los volcanes, anticipar los terremotos. En suma, se sentía en condiciones de excluir el azar, los Tsunami. Predominaba la aspiración de simplicidad. Había esencias e ideas esenciales. Sólo las apariencias parecían cambiantes. Y como lo simple puede ser aislado, los especialistas pueden ser expertos en sus compartimentos y cooperar con eficacia en sectores de conocimiento no complejos. Actualmente la ciencia aborda lo complejo, se abre a lo imprevisible. Se trata de concebir no sólo la complejidad de toda realidad sino la realidad de la complejidad. El psiquismo está alejado del equilibrio. Es un sistema abierto. Y en esos términos debemos trabajar. A la complejidad hay que defenderla cada día, porque los reduccionismos son como las enfermedades: se derrotan muchos y aparecen nuevos, precisamente porque hay nuevas complejidades. Para que la teoría siga viva y al día, la polémica debe seguir viva.

El psicoanálisis nació confrontando con las disciplinas dominantes de su época. No es beneficioso ignorar lo que acontece en otros campos. ¿Cuáles son las condiciones de producción de la subjetividad? Cuando uno se hace la pregunta, está dispuesto a escuchar aportes de la biología, la historia, la sociología, sin caer por ello ni en biologismo, ni en sociologismo, ni en historicismo, porque todos estos ismos son reduccionismos.

Las depresiones y sus conflictos

¿Hay conflictos específicos de las depresiones? ¿Con qué cuenta el depresivo en su lucha contra la depresión? Sólo cierta constelación conceptual puede dar cuenta de una clínica de la depresión. **Para atender las depresiones, hay que entender antes la relación yo/superyó-ideal del yo, los baluartes narcisistas, la modalidad de tramitación de duelos pasados y presentes, los efectos de la vida actual en las valoraciones del yo.**

Para abordar las depresiones un eje de trabajo es el concepto de autoestima. Es una experiencia íntima: es lo que pienso y lo que siento sobre mí mismo, no lo que piensa o siente alguna otra persona acerca de mí. Mi familia, mi pareja y mis amigos pueden amarme, y aun así puede que yo no me ame. Mis compañeros de trabajo pueden admirarme y aun así yo me veo como alguien insignificante. Puedo proyectar una imagen de seguridad y aplomo que “engañe” a todo el mundo y aun así temblar por mis sentimientos de insuficiencia. Puedo satisfacer las expectativas de otros y aun así fracasar en mi propia vida. Puedo ganar todos los honores y aun así sentir que no he conseguido nada. Millones de personas pueden admirarme y aun así me levanto cada mañana con un doloroso sentimiento de fraude y un vacío interno. Conseguir el éxito sin lograr primero una autoestima equilibrada es condenarse a sentirse como un impostor y a sufrir esperando que la verdad salga a la luz (Hornstein, 2011).



Con distinta incidencia, los trastornos depresivos afectan a los dos sexos y a todas las edades. Dos elementos son predominantes: una pérdida y una decepción. La autoestima está jaqueada. Podría parecer un cajón de sastre o una bolsa de gatos, pues en la autoestima “hay de todo”: historia personal, realizaciones, trama de relaciones significativas, pero también proyectos (individuales y colectivos). Los proyectos dan a la autoestima una dimensión de futuro, porque desde el futuro nutren el presente. La autoestima es turbulenta, inestable. Y es precaria cuando la sociedad maltrata al sujeto.

La hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación (real o fantaseada) de ser estimado o rechazado por los demás; el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las aspiraciones y los logros. Elevan la autoestima: la sublimación y la satisfacción pulsional aceptable para el ideal (directa, inhibida en su fin), así como la imagen de un cuerpo saludable y suficientemente estético. Es acosada por la pérdida de fuentes de amor, las presiones superyoicas desmesuradas, la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo y, naturalmente, por las enfermedades y los cambios corporales indeseados (Hornstein, 2000).



La autoestima contiene facetas con cierta autonomía. Es posible tener una buena autoestima en el terreno intelectual que contrasta con una frágil en lo afectivo. Puede ser variable en distintas actividades y prácticas: laboral, afectivo, intelectual, corporal, sexual.

Es probable que un éxito o un fracaso en un sector tengan consecuencias en los otros. Un desengaño amoroso acarreará una vivencia de pérdida de valor personal. A la inversa, un éxito en un campo determinado puede beneficiar la autoestima. Es difícil que ciertas heridas narcisistas no irradian sobre otros sectores. Por suerte, también irradian los logros.

Las grandes depresiones y los pequeños bajones a menudo derivan de un discurso familiar en que prevalecía una actitud crítica e inhibidora para con el niño. No estamos condenados por esa mirada cruel. Si estamos condenados es porque no tuvimos posteriormente oportunidades de reemplazarla o no supimos aprovecharlas. También es cierto que a lo largo de nuestra vida debemos desechar mensajes y miradas que reforzarían este discurso que transmite insatisfacción con uno mismo.

Son posibles una buena autoestima en el terreno intelectual y una frágil en lo afectivo. Y es posible que tanto el fracaso como el logro en algún sector (laboral, afectiva, intelectual, corporal, sexual) irradie sobre otros. Las personas con baja autoestima temen engañar a los demás. Si reciben un elogio sienten que es inmerecido. Las dudas constantes acerca del propio mérito les traban la acción. Se acurrucan en la autoestima como el caracol. Rehusan los riesgos, porque no soportan los fracasos.

La autoestima esta sostenida por lo social mediante el “contrato narcisista” (Aulagnier, 1975) que ofrece un entramado que sirve de soporte al yo y al ideal. Apuntalándose en lo social, el sujeto se apropia de una serie de enunciados que su voz repite *haciendo verosímiles las previsiones acerca del futuro*.

La depresión y la tristeza, ambas, implican una pérdida o el fracaso de un emprendimiento personal. Pero son muy diferentes. La depresión implica una disminución de la autoestima y la tristeza no.

¿Por qué la angustia frente a la pérdida de amor del superyó predomina en las depresiones? Entenderlo implica dilucidar cómo se construyen el yo, el superyó y el ideal. El

ideal del yo rescata todo lo que puede del naufragio del narcisismo. Abrumado, alguien formula con dificultad proyectos, con poca energía y motivación. Buscar y encontrar nuevos proyectos es invertir el futuro.

En las depresiones *“una pérdida de objeto se convierte en una pérdida del yo”* (Freud, 1915). ¿Qué funciones cumple el otro en el campo narcisista? **La concepción del psiquismo como sistema abierto permite entender la función narcisista del mundo objetal, porque en ella el ser (registro identificador) coexiste con el tener (registro objetal).** La lógica de los sistemas abiertos autoorganizadores se expresa en el azar organizativo como principio de complejidad por el ruido. Reflexionar acerca de la relación entre otro fantaseado, pensado y real es algo distinto de una modernización oportunista en la que a una teoría endogenista se le implanta una cobertura vincular. (Rother Hornstein)

¿Cuáles son las funciones del otro? ¿Realización del deseo? ¿Neutralizar angustias? ¿Sostén de la autoestima o de la consistencia yoica? En las depresiones la conservación del valor del yo es primordial.

En las relaciones narcisistas se proyecta sobre el otro una imagen de sí-mismo, de lo que se ha sido, lo que se querría ser o lo que fueron las figuras idealizadas. Los otros cumplirán diversas funciones para el sujeto: balance narcisista, vitalidad, sentimiento de seguridad y protección, compensación de déficits, neutralización de angustias, realización transaccional de deseo.

No es que el vínculo narcisista desaparezca, como lo pide una ideología “optimista”¹. Es que convive y comparte el poder con *vínculos actuales*. Entonces, hay reconocimiento de la diferencia entre pasado y presente. Los otros tienen vida propia. Regidos por sus propios deseos, más tarde o más temprano, tenderán a imponer su modalidad, su propio narcisismo y su propio realismo. Se rehusarán (aunque no siempre) a un lugar que no quieren o no pueden ocupar. Tal diferencia exige reconocer una realidad que difiere de la fantasía. Lo que implica sufrimiento, no necesariamente neurótico. Hay que confrontar y asumir la decepción ante una pérdida. O responder con una defensiva indiferencia a las afrentas procedentes del otro y de la realidad.

Hay muchas depresiones (esto hay que repetirlo). En algunas, la pérdida del otro reactualiza la indefensión infantil. El otro se torna amenazante. No está a disposición del sujeto. No se sabe cuándo estará y cuando está no se sabe qué quiere. Sus deseos, proyectos, ansiedades son diferentes, extraños. De allí que el sufrimiento *no debe, no puede*, ser soslayado, porque es el precio de reconocer la diferencia entre la realidad y la fantasía (Lerner (2006, 2007).

De Viena a Buenos Aires: género y depresiones

¿Cuál es la forma de representarse ideológicamente y simbólicamente el ser mujer u hombre en cada cultura, o mejor aún, en cada subcultura? ¿Cómo se tramita el narcisismo y el deseo en la mujer y en el hombre? ¿Cómo es la relación deseo, ideales, valores, condiciones eróticas en ambos sexos?

Freud (1914) introduce el valor como indisoluble de la subjetividad. Valor que el sujeto se asigna a sí mismo, a sus actividades y a sus relaciones con los otros.

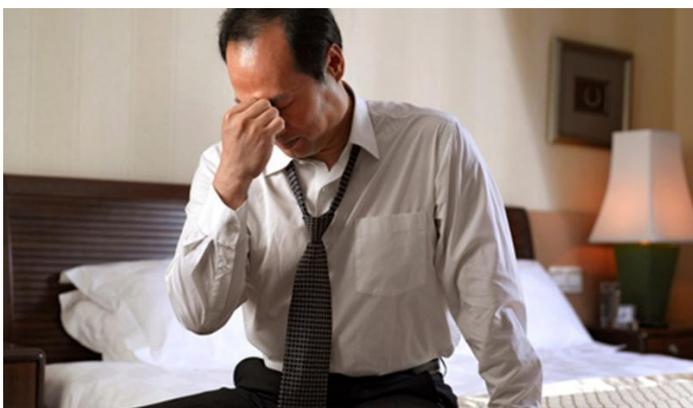


¹ Rescatar la relación narcisista con el otro supone oponerse a una visión dual en la que el yo y el objeto están separados como el adentro y el afuera aferrándose al ideal de la internalización. Denota la persistencia de una visión peyorativa del narcisismo. Un punto de vista teñido de normativa y de una teoría ideal del desarrollo hacia la objetividad plena en la “normalidad”.

No es un reflejo directo de los valores sociales, sino producto de esa historia infantil. Placer, valor, realidad, marcarán los bordes al conflicto. El psiquismo tiene varios “atractores”. (“Atractores” es un concepto central para dar cuenta de los sistemas complejos y su dinámica).

El superyó es la internalización de deseos y tabúes, anhelos y prohibiciones. Tiene historia, es cambiante. El superyó “*alberga la conciencia moral, la autoobservación y el ideal del yo*”, escribió Freud en 1932. Hace juicios, distingue entre “bueno” y “malo”. Y no cuenta para hacerlo con ninguna facultad “natural”. Un trabajo de simbolización lo despersonalizó y al alejarlo de los objetos parentales le dio una dinámica centrífuga. La autoridad se instrumenta otorgando o negando amor. Las aspiraciones acerca de lo que se debe ser y tener (ideal del yo), así como las consignas acerca de lo que no se debe hacer (superyó) están delimitadas por las aspiraciones parentales e históricos-sociales.

¿Cuáles son las diferencias entre los géneros en la constitución del ideal? El ideal del yo trabaja. Implica proyecto, rodeo, temporalidad, articula narcisismo y objetividad, principio de placer y de realidad. Cuando se instaura el ideal, el placer es algo más que una simple disminución de tensión. El yo necesita el amor del superyó. Cada sujeto utiliza recursos singulares para compensar las representaciones insatisfactorias. Lo intelectual, lo relacional, los logros, la representación corporal son algunas de estas áreas. ¿Qué grado de autonomía y de relevancia narcisista tiene cada una? ¿Qué diferencias existen entre la mujer y el hombre?



Según Freud, las mujeres valorizan los vínculos y a los varones les importan los logros. En esa Viena de 1914 en que publica “*Introducción del narcisismo*” era clínicamente cierto que la mujer dependía del hombre en su autoestima y hasta en su identidad. Le estaba prohibida cualquier actividad que la alejara de un ideal de “*bueno esposa y madre*”. Mediante la elección narcisista la mujer se “*resarce de la atrofia que la sociedad le impone en materia de elección del objeto*”. “*Se casará con un príncipe como*

tardía recompensa para la madre” era el anhelo narcisista para con la hija mientras que el “*será un grande hombre y un héroe en lugar del padre*” lo era para el varón. . *Esto ha cambiado, pero ¿cuánto?* Máxima Zorreguieta es un ídolo porque encarna ese mandato: “*te casarás con un príncipe*” (Freud, 1914). Messi encarna aquel otro: “*serás un grande hombre y un héroe*”. Esto es válido para aquellos que comparten el imaginario social instituido. Prescindo de la minoría que no participa en ciertos consensos (“*la opinión ilustrada*”).

¿Cómo es el superyó de la mujer o en la mujer? Como el del varón. “El superyó no vive solo del presente”. Varias generaciones coexisten. Identidad y diferencia, deseo y prohibición, yo y alteridad, corrientes pulsionales y destinos identificatorios participan de la producción subjetiva y de sus diferencias entre ambos sexos. ¿Cómo formular las diferencias entre géneros en nuestra “cosmopolita” Argentina actual?

Tanto el psicoanálisis como las investigaciones sobre los géneros se preguntan las condiciones de producción socio-histórica de la subjetividad. *¿Cómo se configuran los mandatos acerca de lo que se debe ser y tener? El género no se puede pensar fuera de una cultura, sin entramar prácticas o discursos (hegemónicos o no), sexualidad, ideales, valores, ideología, poder, identidad, prohibiciones. Desarticular su producción de lo político, económico e ideológico es un reduccionismo. (Hornstein, 2004)*

Las mujeres conservan la tendencia a esperar de su objeto investido una confirmación narcisista que, en muchos casos, no puede compensarse mediante los logros personales. *Éstas*

son cicatrices históricas en la construcción del género. Reconocerlas es el punto de partida de un proyecto no utópico de transformación.

El psicoanálisis puede (y debe) aportar elementos teóricos y prácticos que favorezcan un ejercicio de la masculinidad y la femineidad menos desencontrados por ideales antagónicos y colaborar en generar condiciones que invistan el reconocimiento de la diferencia promoviendo que ambos géneros se hagan cargo del deseo por esa diferencia

Las investigaciones sobre los géneros se preguntan por las condiciones de producción socio-históricas de la subjetividad. El género no es universal sino propio de determinada cultura. Los varones son criados en nuestra sociedad para ser exitosos y restringir la expresión de emociones. Deben controlarse y son forzados a expresarse mediante la agresión. Ser “fuerte” significa soportar dolor físico y psíquico, y desvalorizar los afectos, en particular la tristeza. “Ser fuertes” es encarar la adversidad sin demostrar emociones (señal de debilidad). *La depresión y sus manifestaciones serán una oportunidad para lograr un nuevo modelo de masculinidad en que sea posible la expresión de afecto y ternura.*

BIBLIOGRAFIA

Aulagnier, P (1975): *La violencia de la interpretación*, Amorrortu, Buenos Aires, 1977.

Freud, S. (1914): “*Introducción del Narcisismo*”, A.E., vol. XIV.

_____ (1915): “*Duelo y melancolía*”, A.E. vol. XIV.

Hornstein, L. (2000): *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*. Paidós, Buenos Aires.

_____ (2003): *Intersubjetividad y clínica*, Paidós, Buenos Aires.

_____ (2004): La subjetividad y lo histórico social en L. Hornstein (comp.) *Proyecto Terapéutico*. Paidós, Buenos Aires.

_____ (2006): *Las depresiones*, Paidós, Buenos Aires.

_____ (2011): *Autoestima e identidad. Narcisismo y valores sociales*, Buenos Aires, Lugar.

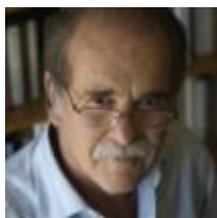
_____ (2013): *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Lerner, H. (2006): “*Adolescencia, trauma, identidad*”, en M.C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Buenos Aires, Paidós.

Lerner, H. y S. Sternbach (2007): *Organizaciones fronterizas, fronteras del psicoanálisis*, Lugar, Buenos Aires.

_____ (2009): Curso organizado por FUNDEP: “*Fundamentos de la práctica*”.

Rother Hornstein, M.C. (2006): *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Paidós, Buenos Aires.



Luis Hornstein

Premio Konex de platino en psicoanálisis (década 1996 a 2006). Sus últimos libros son *Narcisismo* (Paidós, 2000), *Intersubjetividad y Clínica* (Paidós, 2003), *Proyecto terapéutico* (Paidós, 2004), *Las depresiones* (Paidós, 2006), *Autoestima e identidad* (F.C.E., 2011) *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis* (F.C.E, 2013). Puedes escribirle a su email: luishornstein@gmail.com o consultar su página www.LuisHornstein.com